



HAL
open science

A propos des vomissements graves de la grossesse : fondements historiques et modernité de la pratique de l'isolement en service de maternité

Pierre Baudrand

► **To cite this version:**

Pierre Baudrand. A propos des vomissements graves de la grossesse: fondements historiques et modernité de la pratique de l'isolement en service de maternité. Sciences du Vivant [q-bio]. 2003. hal-01733755

HAL Id: hal-01733755

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733755v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



THÈSE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Spécialisée.

par

Pierre BAUDRAND

Le 10 Juin 2003

A PROPOS

DES VOMISSEMENTS GRAVES DE LA GROSSESSE

FONDEMENTS HISTORIQUES ET MODERNITÉ

DE LA PRATIQUE DE L'ISOLEMENT EN SERVICE DE MATERNITÉ

Examineurs de la thèse :

M. D. SIBERTIN-BLANC	Professeur	}	Président et directeur
Mme C. VIDAIHLET	Professeur	}	
M. M. SCHWEITZER	Professeur	}	Juges
M. T. FOUQUET	Docteur en Médecine	}	

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY I

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Jacques ROLAND

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Hervé VESPIGNANI

Asseseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Henry COUDANE

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Roger BENICHOUX – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Pierre BERNADAC – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

=====
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Professeur François PLENAT - Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (Radiologie et imagerie médicale)

Professeur Jean-Claude HOEFFEL – Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT

Professeur Michel CLAUDON – Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM

Professeur Jacques FELBLINGER

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK

Docteur Sophie FREMONT – Docteur Isabelle GASTIN – Dr Bernard NAMOUR

2^{ème} sous-section : (Physiologie)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Christian BEYAERT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Alain LOZNIIEWSKI – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (Parasitologie et mycologie)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Mickaël KRAMER – Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique))

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Docteur Jean-Claude HUMBERT – Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (Immunologie)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Michel WEBER – Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI
Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Henri HEPNER – Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE
Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE

50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE
Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Jean-Marie POLU - Professeur Yves MARTINET

Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –
Professeur Christian de CHILLOU de CHURET

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Gilbert THIBAUT – Professeur Francis PENIN

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean DE KORWIN KROKOWSKI – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

A notre Maître, Président et directeur de thèse

Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

Professeur de Pédopsychiatrie

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant la présidence du jury de notre thèse.

L'empreinte que nous gardons de votre accueil et de la richesse de votre enseignement tant lors de notre passage dans votre service que lors des séminaires de spécialité que nous avons suivis auprès de vous, nous est infiniment précieuse.

Nous vous remercions de nous avoir confié le sujet de notre thèse et d'avoir bien voulu en assurer la direction avec les plus grandes patience, exigence et rigueur.

Veillez trouver dans ce travail le témoignage de notre plus grande gratitude.

A notre Maître et Juge

Madame le Professeur Colette VIDAILHET

Professeur de Pédopsychiatrie

Notre passage dans votre service a été pour nous une étape majeure dans notre cursus et dans la construction de notre identité professionnelle. Nous avons apprécié à cette occasion votre enseignement et vos qualités humaines.

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en participant ce jour au jury de notre thèse.

Permettez-nous de vous témoigner par ce travail l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Monsieur le Professeur Michel SCHWEITZER

Professeur de Gynécologie et Obstétrique

Nous avons été profondément touché par la confiance que vous nous avez accordée en acceptant de nous confier conjointement avec Monsieur le Professeur SIBERTIN-BLANC le sujet de notre thèse.

Nous vous remercions pour la qualité de votre accueil, pour votre disponibilité et votre soutien.

Nous sommes particulièrement sensible à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Qu'il nous soit permis de vous exprimer à travers notre thèse toute notre reconnaissance et notre gratitude.

A notre Juge

Monsieur le Docteur Thierry FOUQUET

Praticien Hospitalier – Psychiatre d'Adultes

A chaque étape décisive de notre progression dans notre cursus, vous nous avez infailliblement apporté tout votre soutien et vos encouragements.

Votre valeur intellectuelle et vos qualités humaines sont connues de tous comme exceptionnelles. Nous vous remercions de nous avoir si souvent éclairés.

Nous sommes très sensible à l'honneur que vous nous faites d'avoir accepté de juger notre travail.

Veillez trouver ici l'assurance de notre très grande reconnaissance.

A notre Maître

Monsieur le Professeur Michel LAXENAIRE

Professeur Honoraire et Professeur de Psychiatrie

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Nous vous remercions pour la qualité et la richesse de votre enseignement lors des séminaires de spécialité que nous avons suivis au près de vous.

Nous sommes très honoré de l'attention vigilante que vous avez apportée à notre évolution dans le cadre de notre cursus.

Qu'il nous soit permis de vous témoigner ici l'expression de notre respect le plus sincère.

A Madame Anne BRUN

Psychologue clinicienne, psychothérapeute
et Maître de Conférence

Nous avons été infiniment sensible au soutien très chaleureux que vous nous avez manifesté dans la progression de ce travail.

Nous vous remercions de la lecture critique que vous avez accepté de nous donner de notre thèse.

Nous apprécions vos qualités humaines et professionnelles.

Veillez trouver ici le témoignage de notre gratitude et de notre amitié.

A ma compagne

Sabah

Et à notre fils

Yoram

Notre bonheur et notre joie

En témoignage de mon amour

*Dans le regard de Dieu,
Tu verras la femme resplendir
Même quand l'amour terrestre
Ne sera plus qu'un souvenir...
La femme qui crée
Et non pas celle qu'on dit issue
De la côte d'Adam !*

Jalâlou'ddin Roumi – Le Mathnawi, Livre un.

A mes parents

Pour leur soutien et leur amour.

En témoignage de toute ma reconnaissance et
de toute mon affection

A mes sœurs Véronique et Anne, mamans de
Tristan, Fanny, Théo et Alex

Et à leurs conjoints

A mes grands-parents présents

Ma grand-mère paternelle Francine

Mon grand-père maternel Pierre

Et à ceux qui sont absents

Ma grand-mère maternelle Juliette

Mon grand-père paternel Jean-Pierre

En témoignage de mon amour

A toute ma famille

A Thierry et Pierre-Henri

Pour leur amitié et leur soutien courageux apporté à
la réalisation de ce travail

A Stéphane, Véronique, Jean-Jacques, Eléonore, Claire, Alain, Bruno

A tous mes amis

En témoignage de mon affection

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

INTRODUCTION



La femme connaît une aliénation plus profonde quand l'œuf fécondé descend dans l'utérus et s'y développe. [...] La gestation est un travail fatiguant qui ne présente pas pour la femme un bénéfice individuel et exige au contraire de lourds sacrifices. L'accouchement ... est dangereux. C'est en cette crise qu'on voit avec le plus d'évidence que le corps ne satisfait pas toujours l'espèce et l'individu ensemble.

Simone de Beauvoir, Le deuxième Sexe, 1949.

Simply put, hyperemesis gravidarum, is severe nausea and vomiting of pregnancy. [...] It began, for me, before I had even missed my first period. I threw up at least once every hour for the first four months. Ten weeks into the pregnancy and twenty-five pounds lighter, I had a tube [...] surgically inserted through the chest wall into the heart [...]. By the sixth month, vomiting had diminished to almost nothing, but the nausea remained for the entire pregnancy.

Such is the description of nine months of agony – of gutwrenching stomach contractions, bile, gastrointestinal complications, migraine, headaches, blackouts, desperate attempts to keep food down, weeks of being bedridden, and incredible stresses on family life.

Despite these physical agonies, I went through pregnancy three times. The end results far outweigh the physical discomforts. But, barring any consideration for my health, it is the psychological agonies that prevent my considering a fourth pregnancy. When I continued to throw up during my fourth month of pregnancy, my obstetrician pointed her finger at me and demanded I see a psychiatrist. It was my first realization of being classified as a "nut", blamed for my disease, my symptoms viewed as a weakness of character. More specifically, I was accused of rejecting my unborn child ; my symptoms were considered a subconscious desire to rid myself of my baby – a pernicious and humiliating accusation.

[...]

But in many respects, I was lucky. Some medical textbooks instruct their students to confine the patient to a quiet, darkened room, to administer sedatives, and to prohibit visitors- particularly in-laws and husbands ! Nurses are instructed to withhold a vomiting bowl.

Janet Titchener Bogen [359]

Connus depuis l'Antiquité, les vomissements gravidiques apparaissent comme une manifestation commune du 1^{er} trimestre de la grossesse.

D'intensité éminemment variable, ils n'ont, dans la plupart des cas, aucune répercussion notable sur le statut physiologique de la femme enceinte. Toutefois en restant sans caractère de gravité, les nausées et les vomissements, par leur fréquence et/ou leur plus ou moins bonne tolérance, peuvent parfois affecter sévèrement la qualité de la vie de certaines femmes.

Par ailleurs, dans d'autres cas beaucoup plus rares, les vomissements gravidiques peuvent prendre une forme sévère et préoccupante, jusqu'à menacer la santé de la femme enceinte.

Cette forme grave des vomissements gravidiques qualifiés parfois d'incoercibles ou hyperémèse de la grossesse (hyperemesis gravidarum pour les Anglo-saxons), a toujours beaucoup intrigué et suscité d'innombrables interrogations sur les mécanismes somatiques et/ou psychologiques supposés la sous-tendre.

Ainsi depuis longtemps, les théories se succèdent, de même les thérapeutiques, souvent présentées comme des panacées.

En particulier, la participation dans la genèse des vomissements gravidiques de facteurs psychiques reste une question encore largement débattue et sujette à controverses. Il apparaît ainsi que ce débat a été marqué par des excès, autant du côté des partisans du "tout psychique" que de celui de ceux évacuant l'idée d'une éventuelle causalité psychique.

Si elle s'est inscrite historiquement, cette controverse n'a pour autant rien perdu de son actualité. Un fait se révèle à cet égard intéressant : un courant contemporain "sévisant" outre-Atlantique combat ainsi l'idée d'une éventuelle participation psychologique dans l'hyperémèse de la grossesse, comme l'illustrent les publications américaines les plus récentes à ce sujet. Il s'agit là, on peut le penser, d'un parti pris et il ne serait pas tout à fait hasardeux de soupçonner ici une éventuelle influence exercée par des groupes de pensée issus du féminisme.

En tout cas, ce renversement de situation assez spectaculaire semble attester que le sujet reste sensible et toujours susceptible d'attiser les passions.

Toutefois, certains auteurs se réclamant parfois du mouvement féministe s'en sont insurgés : il pourrait s'avérer que, de façon générale, les représentations et les croyances sociales autour des vomissements communs de la grossesse aient été infiltrées insidieusement par l'idée d'une participation psychique connotée de façon péjorative (l'idée la plus courante qui semble ainsi s'être enracinée supposerait de manière sous-jacente l'existence d'un rejet du fœtus, donc d'idées filicides faisant de ces femmes du même coup de mauvaises mères potentielles).

Quoiqu'il en soit, il apparaît que ces femmes souffrant de vomissements gravidiques sévères sont peut-être toujours et encore perçues comme dérangeantes et difficiles à prendre en charge.

Ainsi longtemps, l'étiquette d'hystérique leur a "collé à la peau", ce qui a probablement contribué à l'entretien d'une certaine forme de relégation, voire de ségrégation au sein des services de maternité.

Il semble que les psychanalystes et les psychiatres ont eu, de ce point de vue, une responsabilité non négligeable. En effet, les premiers écrits psychanalytiques qui se sont avisés du problème des vomissements gravidiques, ont ainsi largement promu la théorie d'un complexe "hystérique" inconscient en établissant une équivalence symbolique entre les vomissements de la grossesse et un rejet de l'état de grossesse et du fœtus.

De fait, au plan de la prise en charge thérapeutique, la pratique de l'isolement thérapeutique reste, dans certains cas les plus sévères, après échec de moyens même médicamenteux à visée sédatrice, un des piliers du traitement.

Il est bien entendu aisé de percevoir l'écho de cette pratique avec l'emploi de l'isolement tel qu'il avait été préconisé par Charcot et ses collaborateurs avec l'entrée de l'hystérie fin XIX^{ème} dans le cercle des névroses.

Il est un fait, par ailleurs, qui n'est pas sans intérêt : l'isolement restait une pratique utilisée, il n'y a pas si longtemps encore, dans le traitement de patients présentant des manifestations de type hystérique. [234]

Concernant l'application de cette pratique dans le traitement des vomissements gravidiques majeurs, il apparaît cependant peu évident à première vue d'en retrouver le point initial et d'en retracer une histoire originaire fondatrice, même si les années 1920 semblent constituer l'essai de l'isolement en maternité, conformément aux théories étiologiques en vigueur à cette époque, centrées de façon privilégiée sur une origine psychogène des vomissements gravidiques.

Du point de vue historique, il faut le souligner, l'introduction de cette mesure a été en première approximation un progrès substantiel, à une époque où, trop souvent, les médecins étaient contraints en dernier recours à pratiquer un avortement afin de stopper le processus morbide devenant menaçant pour la vie de la mère. Néanmoins, il faudrait vérifier à ce sujet, statistiques à l'appui, son réel impact positif sur le pronostic gravidique.

Toutefois, malgré ces réserves, il serait, d'un point de vue historique, tout à fait abusif et erroné de ne voir ici dans la pratique de l'isolement à ses débuts, qu'une mesure dont la nature serait pour l'essentiel coercitive. De fait, peu à peu, avec la mise en œuvre de cette modalité thérapeutique, l'intention déclarée des médecins va être au contraire une volonté de réunir toutes les conditions rendant possible une démarche "psychothérapeutique" avec ces patientes...

L'isolement de ces femmes atteintes de vomissements dits incoercibles de la grossesse reste ainsi fort peu étudié. Il nous est apparu notamment intéressant d'interroger dans quelles traditions et filiations médicales il pouvait bien s'enraciner et d'envisager ainsi d'élucider les "logiques" dont il a tiré et tire encore ses principes.

Notre étude conservera ainsi comme un "fil rouge" cette question. Nous interrogerons donc ses origines, son évolution et ses aspects contemporains.

Nous consacrerons notre première partie à de larges considérations historiques concernant le processus de construction et d'élaboration d'un corpus de

représentations autour de la femme, corpus déployé dans le cours du XIX^{ème} siècle à partir de l'esprit des Lumières, par une pensée médicale hygiéniste, visant à un effort d'appropriation scientifique de l'être et du corps de la femme.

En filigrane de ce "panégyrique", a surgi et s'est imposé en quelque sorte la figure de la "femme hystérique". Cette figure est apparue comme le produit d'un imaginaire masculin qui a parcouru toute la pensée médicale hygiéniste du XIX^{ème}, laquelle unissant le "moral" et le "physique" de la femme, l'a enfermée dans une représentation d'un être doué d'une sensibilité nerveuse malade. A l'aune de cet imaginaire, la femme fantasmatiquement dotée d'une constitution corporelle infiniment plus riche que celle de l'homme en "fibres nerveuses", était ainsi vouée à être potentiellement hystérique et donc sujette aux accidents hystériques.

En préambule, nous évoquerons la silhouette de Charlotte Bontë, écrivain à la "constitution nerveuse fragile" dont le décès a alimenté une polémique dont les échos se sont faits entendre au cours du XX^{ème} siècle entre hyperémèse gravidique d'un côté et plus simplement tuberculose de l'autre.

Mais quelle portée aurait ce travail, s'il devait se limiter à démontrer, même avec certains fondements, une illustration en quelque sorte d'une pensée "idéologisante" en médecine ?

Aussi, comme nous l'avons souligné, l'isolement a été et reste encore une pratique largement préconisée dans certains cas de vomissements sévères de la grossesse. Il s'agit bien là d'un exemple de thérapie rationnelle au sens où l'entend Balint, c'est-à-dire fondée d'une part sur l'élimination de la cause supposée provoquer la "maladie" et d'autre part dont le but sera d'aider le sujet à mieux faire face aux désordres pathologiques, en l'occurrence les sensations nauséuses et les vomissements, comme, doit l'être toute thérapie, c'est-à-dire pouvoir être susceptible de validation. Balint écrit ainsi : « *comme l'histoire de la médecine le montre, les théories ne sont rien moins que permanentes, et lorsqu'elles changent, toute thérapie fondée sur elles doit changer de même.* » [17]

Plus encore, notre travail serait voué à l'égaré et au fourvoiement si son objectif ultime visait ainsi de manière bien utopique, à définir la part respectivement prise par les facteurs "psychiques" et les facteurs "biologiques".

Nous avons souhaité néanmoins donner dans la partie consacrée essentiellement à la question des vomissements gravidiques, un aperçu aussi complet et clair que possible des données existantes sur cette question. Nous avons ainsi jugé qu'il était important, avec le plus de rigueur et de souci de l'exactitude, d'entreprendre cette revue de la littérature, en sachant que la connaissance scientifique évolue si vite que ce rassemblement de données, même actualisées, sera devenu rapidement obsolète.

Enfin, la présentation de trois observations recueillies à la Maternité Régionale de Nancy, nous permettra d'ouvrir dans les dernières sections de notre travail, de larges points de vues sur des aspects psychodynamiques et psychopathologiques centrés sur la question spécifique des vomissements gravidiques. Nous nous appuierons sur une revue de la littérature afin en particulier de circonscrire autant que faire se peut, les idées actuelles sur les mécanismes dynamiques psyché-soma déterminant l'installation des vomissements graves de la grossesse.

Pour terminer, nous tenterons d'articuler les diverses approches psychothérapeutiques proposées dans les situations de vomissements graves de la grossesse avec la position actuelle, de la pratique de l'isolement en service de maternité.

PREAMBULE

LA MORT DE CHARLOTTE BRONTË :

Tuberculose ou vomissements de la grossesse ?

Un épais mystère n'a cessé de nimer les causes exactes de la mort de Charlotte Brontë, décédée en 1855 à l'âge de 39 ans. Un véritable mythe s'est ainsi construit autour de ces incertitudes, selon lequel des vomissements incoercibles de la grossesse auraient entraîné le décès de la romancière, et ce, bien que son médecin traitant l'ait, quant à lui, attribué à une tuberculose pulmonaire.

En effet, quelques auteurs, dont Dooley en 1920 [122] puis Rhodes en 1964 [315], peut-être afin d'argumenter sur l'hypothèse d'une origine psycho-névrotique au sujet de l'hyperémèse gravidique, vont s'emparer du « cas Charlotte Brontë », et plus récemment encore J. A. Fitzgerald [151] et Abell et Riley [1].

Cependant, selon Weiss [388], ces considérations vont à l'encontre, non seulement des travaux biographiques faisant autorité, mais plus encore des éléments révélés par la correspondance même de Charlotte Brontë.

Aussi, en 1991, rompt-il avec le mythe, établissant ainsi qu'elle serait décédée non pas des suites de vomissements gravidiques mais plus probablement de tuberculose.

Sur le plan biographique, rappelons que Charlotte Brontë est née en 1816 dans le Yorkshire et est la troisième d'une fratrie de six enfants (quatre sœurs et un frère). Sa mère décède en 1821, les enfants restant alors à la charge de leur père qui leur prodiguera une éducation rigoriste. En 1825, les deux filles aînées, Maria et Elizabeth, âgées de 12 et 10 ans, meurent d'une probable tuberculose pulmonaire contractée durant leur scolarité à Cowan's Bridge. Il était en effet de notoriété publique que cet établissement en état de sureffectif, présentait du point de vue sanitaire, des conditions d'accueil des plus médiocres, avec notamment de maigres repas servis aux élèves, et de mauvaise qualité. En dépit de ces conditions, Charlotte et Emily sont envoyées à Cowan's Bridge après le décès de leurs sœurs.

Entre septembre 1848 et mai 1849, Anne et Emily, soeurs cadettes de Charlotte atteintes de tuberculose, succombent à leur tour.

Leur frère Branwell, un artiste doué, disparaît très prématurément, après avoir mené une vie dissolue, rongé par l'alcool et l'opium.

Charlotte Brontë décède le 31 mars 1855, à l'âge de 39 ans, peu après s'être mariée avec Arthur Bell Nicholls. Ainsi, aucun des six enfants Brontë, n'atteindra l'âge de quarante ans.

La femme, l'écrivain et son époque :

Dans « *Une chambre à soi* » [393] - ouvrage qui, souligne M. Mannoni [260], fera de son auteur dans la réalité le précurseur du féminisme moderne - Virginia Woolf, remarque, que peu à peu, pour une femme, « *le fait d'écrire a cessé d'être simplement un signe de folie ou de dérangement mental* », même si elle note qu'en Angleterre, les femmes écrivains ont toujours suscité l'hostilité. C'est ainsi que vers la fin du XVIII^{ème} siècle, par centaines, elles se sont mises à produire, soit des traductions, soit de modestes romans.

Aussi, précise V. Woolf, « *la très grande activité intellectuelle que manifestèrent les femmes dans la dernière partie du XVIII^{ème} siècle était justifiée par le fait indiscutable qu'elles pouvaient gagner de l'argent en écrivant. L'argent confère de la dignité à ce qui serait frivole si on ne le payait pas... C'est ainsi que vers la fin du XVIII^{ème} siècle, un changement survint... La femme de la bourgeoisie se mit à écrire* ». Et de surenchérir : « *changement auquel si je récrivais l'histoire, j'accorderais une plus large place et une plus grande importance qu'aux croisades et à la guerre des deux Roses.* »

Déjà, à la fin du XVII^{ème} siècle, une certaine lady Winhilsea avait tenté l'aventure de la plume, mais selon S. De Beauvoir [25], elle finit par se consumer dans la haine, la colère et la peur, écrivant ainsi :

*« Hélas ! une femme qui prend la plume
Est considérée comme une créature si présomptueuse
Qu'elle n'a aucun moyen de racheter son crime ! »*

De même, considérant le début du XIX^{ème} siècle et l'apparition de grandes femmes écrivains, V. Woolf souligne à quel point l'œuvre de Charlotte Brontë est produite dans la révolte et l'indignation. Celle-ci note ainsi dans son célèbre roman *Jane Eyre* : « *Qui donc me blâme ? Bien des gens, sans doute, et l'on dira de moi que j'étais une révoltée. Je n'y pouvais rien changer : l'agitation était dans ma nature ; elle me secouait jusqu'à me faire souffrir parfois.* » [50]

Mais c'est avec la conscience de ses droits, le sentiment de son indépendance, qu'écrit C. Brontë. Aussi ne lui pardonne-t-on pas son esprit clairvoyant et son âme fière. La publication de "*Jane Eyre*" provoque ainsi une hostilité manifeste, la presse se déchaîne lors de la parution du roman. Déjà, l'un de ses manuscrits précédents, "*The Professor*", avait essuyé le refus de tous les éditeurs et ne fut publié qu'après sa mort. Ce livre échappait aux conventions du temps.

Maud Mannoni souligne à propos de *Jane Eyre*, que celle-ci, « *au scandale des censeurs victoriens [...] revendique le droit d'aimer et de le dire. Le féminisme est pour elle une passion. Elle revendique une égalité entre les hommes et les femmes. Son indignation provient d'une expérience vécue : enfermée dans son presbytère, elle y raccommode des chaussettes alors que son imagination cherchait à vagabonder de par le monde.* » [260]

Toute la soif de révolte de l'écrivain perce dans ce passage : « *Les femmes souffrent d'une contrainte trop rigide, d'une inertie trop absolue exactement comme en souffriraient les hommes ; et c'est étroitesse d'esprit chez leurs compagnons plus privilégiés, de dire qu'elles devraient se borner à faire des puddings, à tricoter des bas, à jouer du piano... Il est léger de les blâmer, de les railler lorsqu'elles cherchent à étendre leur champ d'action ou à s'instruire plus que la coutume ne l'a jugé nécessaire à leur sexe...* » [50]

Comme le fait remarquer Weiss [388], à l'époque de l'Angleterre victorienne cette revendication pour l'égalité entre les sexes de la part d'une femme est tout à fait inhabituelle.

Enfin, d'un point de vue plus général, Barbara Havercroft [197] rappelle que l'histoire de la littérature des femmes est celle d'une lente conquête : « *Refus d'éducation et hostilité envers la "femme savante" : l'inégalité des sexes a longtemps rendu aléatoire l'accès aux lettres, plus encore à la publication – le recours fréquent à un pseudonyme masculin en témoigne – pour les femmes.* »

Delphine Naudier rappelle que de nos jours encore, à propos de celles qu'elle qualifie d'"écrivaines, deuxième sexe de la littérature" : « *on ne les traite plus de "bas bleus", comme au XIX^{ème} siècle, mais les auteures éprouvent toujours de sérieuses difficultés à prendre toute leur place dans la littérature française. Elles demeurent moins reconnues par la critique et les prix littéraires.* » [286]

Pour revenir au XIX^{ème} siècle : l'extension du lectorat féminin encourage un nombre croissant de femmes à écrire. Certaines s'insurgent ainsi contre les notions toujours dominantes, de "nature féminine" et d'infériorité biologique, telles les romancières Constance de Salm et Hortense Allart, ainsi que Flora Tristan et Louise Michel qui allient féminisme et socialisme. [197]

Par ailleurs, Barbara Havercroft souligne que « *les genres pratiqués par les femmes ont été, longtemps, les moins valorisés (roman, conte et genres intimistes). Leur prédilection pour les formes autobiographiques (lettres, mémoires, journal intime et autobiographie) manifeste le désir de s'exprimer en dépit de leur situation, ne serait-ce qu'en racontant le quotidien. Ainsi, de George Sand à Annie Ernaux aujourd'hui, le récit d'apprentissage est-il un moyen privilégié pour montrer, comme le disait Beauvoir, comment on devient femme.* »

Les derniers moments de la vie de Charlotte Brontë :

Weiss, s'appuyant sur les recherches de John Mayard, professeur d'anglais à l'Université de New York, analyse donc l'ultime période de vie de Charlotte Brontë à l'aide de documents d'époque (observations médicales, correspondances).

Celle-ci se marie en juin 1849. En novembre 1854, au décours d'une promenade par un temps pluvieux et froid, Charlotte présente une discrète baisse de l'état général.

Au cours du mois de janvier suivant, Charlotte paraît ressentir de façon permanente des sensations nauséuses et des moments de grande faiblesse. Pourtant le médecin de famille attribue ces manifestations à une « cause naturelle » (ce qui signifierait bien entendu une présomption de grossesse). Les malaises continuent à s'aggraver et une inappétence sévère conduisant à un état de dénutrition de plus en plus grave s'installe. En février, Charlotte reste alitée dans un état de prostration et d'extrême faiblesse, présentant parfois des accès de fièvre. Elle devient ainsi très amaigrie alors que les vomissements persistent. Au cours de la troisième semaine de mars, un changement dans son état intervient avec l'apparition d'un "délirium", Charlotte réclamant à manger et même quelques stimulants. Elle semble de fait être en mesure de déglutir, mais il est déjà trop tard. Charlotte Brontë décède le samedi 31 mars 1855. Officiellement, la tuberculose est déclarée cause du décès.

Néanmoins, nous allons voir que, bien des années après, pour des raisons demeurant obscures, nombreux ont été les commentateurs qui ont repris la thèse de l'hyperémèse de la grossesse.

C'est ainsi qu'en 1920, Lucy Dooley dans l'*American Journal of Psychology* [122], consacre un article à une analyse de la personnalité de Charlotte Brontë. Dooley y décrit la romancière comme une névrosée immature, réticente vis-à-vis de son mariage et de la perspective de l'enfantement, allant même jusqu'à réduire son œuvre romanesque à une simple description autobiographique.

Elle conclut : « *sans sous-évaluer l'importance des facteurs organiques impliqués dans la maladie, nous pouvons considérer avec certitude que celle-ci était aggravée par des réactions d'origine psychologique...* ».

Plus récemment, Rhodes renoue avec la question du décès de Charlotte Brontë et soutient résolument la thèse « des vomissements de la grossesse », déclarant même que la mort de l'écrivain a été trop souvent et à tort mise sur le compte d'une tuberculose...

Selon Rhodes, l'hyperémèse gravidique se verrait ainsi de façon privilégiée chez des femmes névrotiques. Pour celui-ci, en accord avec l'opinion de certains médecins

selon laquelle l'hyperémèse gravidique est le fait d'un rejet inconscient du bébé, il fait ainsi peu de doute que ceci devait être certainement le cas de Charlotte Brontë.

Mais était-elle seulement enceinte ? La question reste ouverte. Néanmoins, il ne semble y avoir aucun argument de poids pour l'affirmer, non plus est-il possible de récuser l'éventualité du diagnostic. De fait, tous les symptômes présentés par Charlotte Brontë peuvent être expliqués sans invoquer le diagnostic de vomissements de la grossesse.

Alors faut-il s'arrêter au diagnostic de tuberculose ? De ce point de vue, les données biographiques le suggèrent : les antécédents familiaux sont très chargés. En effet, les quatre soeurs de Charlotte sont décédées de tuberculose. Le médecin de famille semble-t-il, retient quant à lui ce diagnostic. Weiss souligne qu'un praticien, qui était rompu au problème de la maladie tuberculeuse (affection endémique et représentant une cause relativement commune de décès parmi de nombreuses jeunes femmes à cette période de l'Angleterre victorienne), a réexaminé l'histoire de la maladie ayant conduit au décès et a ainsi mis en évidence des arguments de poids en faveur d'une tuberculose dont l'épisode inaugural pourrait remonter à la symptomatologie de novembre 1854. [388]

Au final, que Charlotte Brontë ait été ou non enceinte et qu'elle ait succombé à une tuberculose n'a finalement qu'une importance relative.

Ce préambule en guise de controverse nous a surtout permis de préfigurer le propos que nous souhaitons déployer. Nous verrons ainsi que le XIX^{ème} siècle, comme le souligne Corbin [82] « a été marqué par l'approfondissement de l'identité féminine et par la lente désacralisation de la femme [...] L'homme a façonné l'idole qui est pour lui la clé des rêves ; celle qui indique le chemin de l'infini, qui se confond en son principe avec la poésie ; la pure image qui, "matrice de toute magie", a chassé les femmes de la vie, en a fait des êtres brisés par le jeu symbolique. Médecins, juristes, prêtres, veillent tout au long du siècle sur l'infirmité de la femme. Sous prétexte de la révéler à elle-même et de la protéger contre les forces obscures qui l'habitent, ils la modèlent selon leurs rêves et selon leurs angoisses. »

L'étude historique que nous allons ainsi développer, pourrait donc nous permettre d'approcher l'hypothèse selon laquelle le poids d'un certain imaginaire social pèserait sur la vision médicale, dans laquelle semblent prises les femmes présentant des vomissements de la grossesse. Il nous a semblé de fait que ces représentations, en lien avec les vomissements sévères de la grossesse, ont été longuement infiltrées par le modèle théorique de l'hystérie, tel qu'il s'est échafaudé à la fin du XIX^{ème} siècle.

1^{ère} PARTIE

LA FEMME ET L'HYGIENISME MEDICAL

AU XIX^{EME} SIECLE :

Regards croisés d'historiens

« LES AGES DE LA FEMME

Une image d'Epinal a fait fortune de la fin du XVI^{eme} siècle jusqu'à celle du XIX^{eme} : elle représente les Ages de la vie. Il est amusant d'observer qu'au XVII^{eme} siècle, les Ages de la femme montrent une femme qui monte et descend seule les degrés de l'existence, assumant seule son propre destin, alors qu'au XIX^{eme} le même thème est traduit autrement : on y voit la fillette, puis la fiancée, la mariée, la mère, la belle-mère, la grand-mère. Soit un être entièrement voué à la vie domestique, au service de la famille et de la génération. Chirurgiens et médecins militent en faveur de cet idéal. »

Yvonne Knibiehler, Catherine Fouquet [225]

« Qu'est-ce que la femme ? – La maladie », disait Hippocrate. « Qu'est-ce que l'homme ? Le médecin », répond Michelet.

« Ce n'est pas la nature qui définit la femme : c'est celle-ci qui se définit en reprenant la nature à son compte dans son affectivité. »

Simone De Beauvoir [25].

En préambule

Vers 1800, le nouveau petit meuble à la mode est la "psyché". Yvonne Knibiehler [223] commente : *« Dans ce miroir, mobile autour d'un axe horizontal, on peut se voir de la tête aux pieds. Le mot psyché signifie âme ! Est-ce la chance d'une identité nouvelle où s'intégrerait le corps tout entier ? Pas encore. Les femmes du XIX^{eme} siècle, croyantes, sinon pieuses pour la plupart, ont appris que le corps est l'ennemi de l'âme, l'obstacle majeur sur la voie du salut. D'ailleurs, souvent invalidé par les grossesses, l'accouchement, l'allaitement, il incarne leur aliénation au service de l'espèce. Comment pourraient-elles s'identifier à lui ? »*

Knibielher rappelle par ailleurs qu'au cours du XVIII^{ème} siècle, « *l'influence de l'Église décline sous l'effet d'une sécularisation générale des idées et des mœurs. La philosophie des lumières [...] s'efforce de penser une nouvelle société ; elle investit fortement la maternité, pour la placer au service de l'enfant, avenir du monde. La femme toujours subordonnée à l'homme, est alors valorisée comme mère.* » [223]

I - LE XIX^{ÈME} SIECLE : ENTRE DEFIANCE ENVERS LA FEMINITE ET GLORIFICATION DE LA MATERNITE

1) A l'aube du XIX^{ème} : la pensée des Lumières et les femmes

Selon Knibielher et Fouquet [225], « *le temps des lumières marque l'apogée du stéréotype que le XVIII^{ème} siècle avait ébauché. "La nature féminine" est alors précisée dans tous ses détails : la femme physique, la femme morale, les maladies de la femme, s'harmonisent en un tout cohérent* ». Ainsi : « *la raison infailible fixe un modèle éternel et universel qui pèse encore sur les femmes de notre temps. De quels matériaux était-il construit ? Et pourquoi s'est-il si fortement imposé ?* »

En contrepoint, Alain Corbin, historien réputé du XIX^{ème}, souligne que « *l'étude du discours sur la nature féminine tel qu'il s'élabore à la fin du XVIII^{ème} siècle et tel qu'il se déploie par la suite, constitue peut-être, à ce jour, le chapitre le plus accompli de l'histoire de la femme.* » [83]

Cependant, comme le soulignent Knibiehler et Fouquet, la Révolution tout comme l'Empire, loin de faire entrevoir une possible émancipation de la femme, marquent au contraire une régression relative de la condition féminine. En effet, « *des droits nouveaux sont créés pour les hommes seuls, ce qui accroît l'inégalité traditionnel entre les deux sexes* ».

Pourtant quelques hommes éminents, tel Condorcet, se sont levés pour réclamer l'égalité en matière d'éducation et de droits civiques.

Selon B. Groult [187] Condorcet est en effet « *le seul théoricien de la Révolution à réclamer dès avant 1789 l'égalité des droits entre les sexes, comme il fut le seul à critiquer la Déclaration des Droits de l'homme sous prétexte qu'il n'y était pas fait allusion aux droits de la femme, ce dont personne ne s'était avisé...* ».

Comme le rappelle S. de Beauvoir, Olympe de Gouges néanmoins, « *proposa en 1789 une Déclaration des droits de la femme symétrique à la Déclaration des droits de l'homme, où elle demande que tous les privilèges soient abolis... mais malgré l'appui de Condorcet ces efforts avortent et Olympe périt sur l'échafaud* ». [25]

C'est ainsi, poursuit B. Groult, « *qu'au XVIII^{ème} siècle Condorcet resta le seul pour qui les mots Liberté, Egalité, Fraternité devaient concerner aussi la mauvaise moitié du genre humain. Sur bien des points son ESSAI SUR LES FEMMES n'est pas dépassé et bon nombre d'hommes du XX^{ème} siècle pourraient encore le lire avec profit : " L'habitude peut familiariser les hommes avec la violation de leurs droits naturels au point que, parmi ceux qui les ont perdus, personne ne songe à les réclamer ou ne croie avoir éprouvé une injustice. Il est même quelques-unes de ces violations qui ont échappé aux philosophes et aux législateurs... Par exemple, tous n'ont-ils pas violé le principe de l'égalité des droits en privant tranquillement la moitié du genre humain de celui de concourir à la formation des lois, en excluant les femmes du droit de cité ? ... Il serait difficile de prouver que les femmes sont incapables d'exercer les droits de cité. Pourquoi des êtres exposés à des grossesses et à des indispositions passagères ne pourraient-ils exercer des droits dont on a jamais imaginé de priver les gens qui ont la goutte tous les hivers ou qui s'enrhument aisément..."* ». [187]

Bien que la France ait été assez progressiste quant à la condition féminine, après la liquidation de la Révolution, alors que la société se réorganise, la femme est à nouveau durement asservie. Le Code Napoléon qui fixe alors son sort pour un siècle a beaucoup retardé son émancipation.

Ainsi que l'écrivent Knibiehler et Fouquet, « *comme tous les militaires Napoléon ne veut voir dans la femme qu'une mère ; mais héritier d'une révolution bourgeoise il n'entend pas briser la structure de la société et donner à la mère la prééminence sur l'épouse : il interdit la recherche de paternité ; il définit avec dureté la condition de la*

fille-mère et celle de l'enfant naturel... La femme doit obéissance à son mari ; il peut la faire condamner à réclusion en cas d'adultère ; s'il tue la coupable prise en flagrant délit, il est excusable aux yeux de la loi... La puissance maritale s'exerce avec rigueur à la fois sur la personne de l'épouse et sur ses biens. » [225]

Ainsi, pendant tout le XIX^{ème} siècle, la jurisprudence ne fait que renforcer les rigueurs de ce code, privant entre autres la femme de tout droit d'aliénation. En 1826, la Restauration abolit le divorce... il ne réapparaîtra qu'en 1884.

Penseur réactionnaire du début du XIX^{ème} siècle, Bonald commente : « *Les femmes appartiennent à la famille et non à la société politique, et la nature les a faites pour les soins domestiques et non pour les fonctions publiques* ». [225]

Auguste Comte réclame [225] aussi la hiérarchie des sexes... Il y aurait entre eux selon lui « *des différences radicales à la fois physiques et morales qui dans toutes les espèces animales et surtout dans la race humaine les séparent profondément l'une de l'autre* ». La féminité est une sorte d'« *enfance continue* » qui éloigne la femme du « *type idéal de la race* ». Cette infantilité biologique se traduit par une faiblesse intellectuelle ; le rôle de cet être purement affectif, c'est celui d'épouse et de ménagère, elle ne saurait entrer en concurrence avec l'homme.

En limitant les puissances paternelle et maritale, en instituant le mariage civil et le divorce, la Révolution française avait inauguré de profonds changements dans la famille et, en déstabilisant l'ordre ancien, « *a aidé les femmes à prendre conscience de leur qualité d'individu, mais aussi de leur responsabilité sociale. L'imagerie révolutionnaire a d'ailleurs remplacé l'effigie du roi, père de ses sujets, par de puissantes figures féminines, la Liberté, la Nation, la République, nourrices généreuses aux seins offerts : la maternité accédait au rang de symbole politique.* » [225]

Ainsi Knibiehler et Fouquet s'interrogent sur les raisons qui ont si vite conduit à l'échec de la promotion des femmes, que certains croyaient possible au début de la Révolution : « *Comment a-t-on convaincu les femmes de se laisser assujettir dans leur ménage encore plus étroitement qu'auparavant ?* » [225]

Bien que le Concordat ait rétabli son influence, la responsabilité de l'Eglise semble devoir être écartée. En effet, il n'est d'aucune façon question d'un « *renouveau théologique et moral capable d'investir la société chrétienne jusque dans ses conduites.* » [225]

Il faut donc se tourner vers les Lumières et plus particulièrement vers la médecine philosophique. Celle-ci « *dont l'assurance et l'autorité ne cessent de grandir* », soulignent Knibielher et Fouquet, « *régénérée par l'observation et l'expérience [...] s'appuie pour cela sur deux grands philosophes qui ne sont pas des médecins : Buffon et Rousseau* ».

Buffon influe ainsi fortement la pensée médicale en débarrassant la démarche scientifique de toute théologie.

La science peut dès lors s'affirmer car « *fondée sur des faits et capable d'en dégager des lois. [...] Désormais toutes les sciences médicales suivront la démarche des sciences naturelles : l'être humain n'est plus pensé comme une essence éternelle et universelle créée à l'image de Dieu, il devient simple objet d'observation.* » [225]

Les naturalistes inventent de fait l'anthropologie. C'est ainsi que, parlant de l'homme, en disciple de Locke et Condillac, « *Buffon en étudie le moral autant que le physique, c'est-à-dire en laissant entendre que tout vient du corps.* » [225]

Cette question des rapports du physique et du moral de l'homme s'affirme comme « *l'un des problèmes centraux de la philosophie des lumières* ».

Avec Buffon enfin se développe un discours d'un style nouveau permettant « *de manière " scientifique" de parler des phénomènes les plus triviaux. Finie la verdeur joviale et familière de Paré, de Joubert, de Mauriceau. Ce parti pris de retenue et de décence [...] permet ainsi de faire croire que le savant peut mettre le sexe à distance, et faire abstraction du sien.* » [225]

Buffon apporte donc à la médecine les fondations et le cadre d'une discipline qui se veut dorénavant scientifique.

Jean-Jacques Rousseau, quant à lui, est le plus connu des chantres de l'amour maternel. Non catholique, il ne vénérât pas la Sainte Vierge ; enfant sans mère, il idéalisait l'amour maternel. Il a déplacé le sacré, en le détachant de la religion pour l'inscrire dans la famille et le centrer sur la bonne mère. [224]

Rousseau « *est une référence obligée pour tous les médecins qui s'intéressent aux femmes et aux enfants.* » Sa pensée va ainsi « *puissamment féconder la pensée médicale* ». [225]

L'auteur du « *Contrat social* » en effet « *renverse le propos traditionnel du christianisme en ce qu'il ne croit pas au péché originel. Au contraire : plus proche de la nature que l'homme, grâce à ses fonctions spécifiques, la femme est, dit-il, le modèle primordial de l'humain* ». Cependant, « *l'état de nature étant perdu, la femme dans la société actuelle, est un être factice auquel il convient de réapprendre sa vraie nature, source du seul bonheur possible.* »

La pensée de Rousseau alimente donc un nouveau finalisme : « *la femme n'existe pas par elle-même, elle doit réaliser les vœux de la nature, c'est là sa raison d'être, la condition de son bonheur et celui de l'homme.* » [225]

De fait, les médecins « *les plus méfiants à l'égard des causes finales en reviennent, à propos de la femme, à un déterminisme biologique qui est aussi un finalisme.* » [225]

Par ailleurs, puisant dans la littérature médicale des Lumières, Knibiehler et Fouquet mettent en exergue le « *Système physique et moral de la femme* » de Pierre Roussel, édité en 1775, dont l'influence, capitale, semble s'être exercée jusqu'au seuil du XX^{ème} siècle.

Lui-même médecin, Roussel voit dans la femme, comme les Encyclopédistes, « *la femelle de l'homme* ». [225]

Néanmoins, selon Knibiehler et Fouquet, loin de toute idéologie misogyne, Roussel tente de définir une « *nature féminine* », totale et séparée. Il révèle ainsi « *une vive intuition de ce que nous appellerions la spécificité féminine.* [...] *C'est tout le problème*

de la liberté de la femme par rapport à son corps sexué qu'il essaie de poser, en terme d'anthropologie plutôt que de médecine.» [225]

Roussel, comme tous les médecins de son époque, se pose en philosophe : il s'agit là d'une volonté de marquer une rupture avec le passé. En effet peu à peu, le discours médical parvient à se dégager des permanences antérieures. *« Il s'appuie sur des statistiques et formule des hypothèses limitées plutôt que de vastes doctrines. Mais il fait toujours référence aux autorités, Hippocrate ayant nettement supplanté les autres Anciens. » [225]*

Cependant, il semble que *« vitalistes ou finalistes, les systèmes d'interprétation n'évitent presque jamais la métaphysique. »*

Knibiehler et Fouquet notent par ailleurs que *« le dictionnaire des sciences médicales articule l'article femme en trois parties : la femme physique, la femme morale, les maladies de la femme. Il faut dès le départ, souligner la triple ambiguïté de ce plan. D'abord il y a chez la femme collusion étroite entre le physique et le moral, plus encore que chez l'homme : "Tota mulier in utero", répètent la plupart des auteurs. Ensuite une autre confusion qui lui est très caractéristique existe entre le normal et le pathologique : avec ses menstrues, ses grossesses, ses accouchements, sa ménopause, la femme est une éternelle malade. Enfin, une dernière confusion s'établit entre le moral et la morale ».*

En effet, il apparaît que la plupart des médecins n'hésitent pas en effet à déduire de la *"nature féminine"* tout un arsenal de principe. C'est ainsi que triomphalement Roussel déclare : *« J'ai [...] rappelé la médecine à ses véritables droits »,* ajoutant : *« J'ai été persuadé que ce n'est que dans son sein qu'on peut trouver les fondements de la bonne morale... » [225]*

Ainsi peu à peu, la rationalisation du savoir médical se confirme, mais sans mettre en péril la supériorité masculine. En témoigne encore l'attitude des médecins face aux sorcières. L'Inquisition les disait possédées du démon et les livrait au bûcher. Le corps médical se dissocie bientôt de ces accusations. Pour lui, les sorcières sont plus malades que coupables ; la débilité de leur sexe les livre non pas à la puissance de

Satan, mais aux fantasmagories d'une imagination que dépravent les caprices de l'utérus. Cette interprétation augmente leur pouvoir social et leur emprise sur les femmes.

En somme, on peut dire que la pensée médicale tend à éliminer le mépris hérité d'un clergé misogyne et d'une féodalité belliqueuse ; elle a permis une réhabilitation de l'être féminin, pleinement reconnu désormais dans sa spécificité. Mais en faisant de cette spécificité un mythe redoutable, elle a trouvé des raisons nouvelles de refuser l'égalité des sexes. Aussi les médecins passent-ils sans hésitations, peut-être même inconsciemment, de la biologie à la morale, celle du couple et de la famille. [225]

Afin de poursuivre notre étude de la pensée savante et médicale du XIX^{ème} siècle autour de la femme et de la maternité, nous tenterons de circonscrire autant que possible les notions de "nature féminine" et d'infériorité biologique de la femme, telles qu'elles ont prévalu au cours XIX^{ème} siècle. Pour ce faire, nous reprendrons ainsi l'un après l'autre les trois termes développés par Knibiehler et Fouquet formant le tryptique : "la femme physique" , "la femme morale" et "la maladie et les femmes".

2) Le dogme dominant au cours du XIX^{ème} de l'infériorité biologique de la femme.

a) La femme physique.

L'anatomie et la physiologie conjuguent désormais leurs efforts pour bien mettre en évidence les différences entre les deux sexes. Mais bien que présentées comme complémentaires, ce sont néanmoins toujours en termes de hiérarchie qu'elles sont traduites, la femme restant malgré tout "inférieure".

Les spécificités du corps féminin comprennent deux traits : la faiblesse et la prédestination à la maternité.

La santé de la femme sous le signe de la faiblesse

Les anatomistes en particulier ne cessent ainsi de mettre en avant la supposée faiblesse physique, constitutionnelle de la femme. Son squelette « *est fait d'os plus*

petits et moins durs, la cage thoracique est plus étroite ; le bassin plus large impose aux fémurs une obliquité qui gêne la marche... Le reste ne vaut guère mieux : les tissus spongieux et humides s'enflamment aisément, la peau est plus fragile, les muscles et les fibres sont mous et grêles, le cerveau est plus petit... » [225]

Le docteur Virey affirme en 1817 : « *Les filles sont la portion la plus délicate et la plus malade du genre humain.* » [224]

Knibiehler [224] observe que la surmortalité des filles est patente, dès l'âge de cinq ans, dans tous les pays occidentaux : « *Visible déjà au cours du XVIII^{ème} siècle, elle s'accuse entre 1840 et 1860.* »

L'auteur souligne par ailleurs que « *la phtisie est la maladie la plus meurtrière : en Belgique, elle tue 20% des filles de sept à quinze ans, 40% des filles de quinze à vingt et un ans. De manière générale, elle frappe deux fois plus les filles que les garçons. Les médecins qui soignent les familles riches comprennent mal que des jeunes filles choyées, dorlotées, soient si vulnérables. L'urbanisation, il est vrai, favorise la contagion ; mais les meilleurs médecins, le grand Laennec lui-même, soupçonnent tout autant les chagrins, les déceptions, les peines de cœur.* » [224]

Pour cet auteur, le cas des soeurs Brontë plaide pour ce genre d'explication : « *Est-ce un hasard si la tuberculose est la maladie romantique par excellence ?* »

Il s'avère cependant que « *les chagrins et les déceptions, l'affaissement moral et le dégoût de vivre sont eux-mêmes des conséquences de conditions plus générales.* » [224]

Selon Knibiehler [224] en effet : « *dès la naissance, les filles sont moins bien accueillies ; consciemment ou non, on les néglige. Un préjugé tenace, dont Michelet se fait l'écho, écarte les viandes, surtout les viandes rouges, de leur alimentation. Les principes de bonne éducation confinent les demoiselles à l'intérieur d'appartements sombres, privées d'air, de soleil, d'exercice, courbées sur des travaux d'aiguille. Dans les milieux modestes on leur impose très tôt des tâches domestiques parfois accablantes ; ou bien elles vont aux champs, à l'usine, à l'atelier, pour de très longues journées.* »

E. Badinter [16] souligne quant à elle, que toute éducation proprement intellectuelle était interdite aux femmes. Ainsi, « *le contenu de l'enseignement des petites filles fut d'une médiocrité inouïe jusqu'à la moitié du XX^{ème}, car la finalité était toujours la même : faire de ces filles des épouses croyantes, des ménagères et des maîtresses de maison efficaces.* »

De même, Simone de Beauvoir [25], s'appuyant sur la « *Physiologie du Mariage* » de Balzac, fait grief du refus opposé à la femme d'un accès à l'instruction et à la culture. Etait ainsi interdit à la femme, « *tout ce qui lui permettrait de développer son individualité, lui imposer des vêtements inconfortables, l'encourager à suivre un régime anémiant.* »

La femme du XIX^{ème} apparaît donc comme une éternelle malade. Knibiehler écrit ainsi : « *Toutes les statistiques prouvent en effet que les femmes subissent, au XIX^{ème} une morbidité et une mortalité supérieure à celle des hommes. L'opinion et de nombreux médecins incriminent la "faiblesse" de la "nature féminine" : "cause" biologique, supposée éternelle et universelle, qui risquait de nourrir un fatalisme insurmontable. En fait, les filles et les femmes étaient malades en raison des conditions de vie qui leur étaient imposées ; mais peu de médecins savaient alors tenir compte des facteurs sociaux.* » [224]

Le corps féminin et la maternité comme destin obligé

La faiblesse ainsi établie du corps féminin peut désormais être entendue comme signe de séduction, promesse de soumission, appel à la protection et à la possession.

Cette faiblesse, voulue par la nature, s'inscrirait de ce fait, remarquent Knibiehler et Fouquet, comme une prédestination à la maternité, le sens du mot faiblesse évoquant ici la passivité d'un corps qui se laisse aisément déformer, assujettir selon les nécessités de la reproduction.

Tout d'abord, selon Virey, le contact avec la semence masculine permettrait à la femme d'acquiescer ses qualités d'individu mature. La femme reste proche de l'enfant parce qu'elle est privée de sperme. C'est donc imposer l'idée qu'elle est vraiment créée

par l'homme. Knibiehler et Fouquet [225] ne manquent pas ici de faire allusion au concept freudien de l'"envie du pénis", incluant cette vue bien entendu dans le droit fil « *d'une continuité à travers tout le XIX^{ème} siècle d'un discours médical naïvement phallocratique.* »

La maternité est inscrite dans le corps de toute femme. Napoléon dira : « *L'anatomie est un destin.* »

La maternité est donc présentée comme l'accomplissement unique et véritable de la vie féminine. Comme mère et seulement comme telle, la femme a droit à toute la vénération des médecins.

L'emphase lyrique du début de l'article « femme » dans le *Dictionnaire des sciences médicales* est soulignée par Knibiehler et Fouquet. On peut y lire ainsi : « *Tige essentielle de notre espèce [...], matrice originelle des germes et des œufs [...], source féconde et source de vie, la mère est la créature la plus respectable de la nature [...]. Femmes ! Mères ! Honneur de la création ! Quels hommages éternels ne vous sont pas dus, dans tout l'univers.* »

De l'approfondissement du point de vue historique concernant la maternité et sa médicalisation au XIX^{ème}, se dégage ainsi une sorte d'engouement touchant presque à une sacralisation tissée autour de l'état de grossesse.

« *Les femmes enceintes doivent devenir l'objet d'une bienveillance active, d'un respect religieux, d'une sorte de culte* », écrit le docteur Marc [224] en 1816.

Selon Knibiehler, « *cette sollicitude s'adresse surtout au fœtus. [...]. Marc propose des mesures qui en disent long sur le sort des femmes à protéger. Il veut réprimer la violence qui règne dans le bas peuple : nombre d'avortements ont pour cause la brutalité des maris quand ils sont ivres. Il veut exempter les femmes grosses des travaux pénibles. [...]. Ces idées commencent à se répandre. Elles n'ont pas que des conséquences agréables pour les intéressées : Marc et ses pareils prétendent les garantir aussi contre elles-mêmes.* »

Le paternalisme des médecins rêve de transformer la grossesse en une ascèse contrôlée. La glorification de la maternité s'impose donc durant le XIX^{ème} (et se prolongera au cours de la première moitié du XX^{ème}). [224]

Partant de ce postulat, Knibiehler souligne que, la femme, « *de ce qu'elle peut être mère, le finalisme du temps conclut qu'elle le doit, et même qu'elle doit n'être que cela.* »

En somme, cette vision fait de la femme au temps de sa fécondité un être socialement à part. « *Le corps de la femme est la matrice du corps social : il faut le réadapter à la fonction reproductrice. Puberté, mariage, grossesse, accouchement, allaitement : autant d'étapes à préparer, du point de vue de l'hygiène, et aussi du point de vue moral. L'amour maternel, consécration totale de la mère à son enfant, devient une valeur de civilisation et un code de bonne conduite.* » [224]

Aussi, afin d'approfondir cette "entreprise de marginalisation" de l'identité féminine qui semble tant caractériser le XIX^{ème}, nous nous proposons maintenant d'esquisser le portrait de la "femme morale", tel que les penseurs du XIX^{ème}, l'ont sculpté.

b) La femme morale.

Selon la pensée scientifique du XIX^{ème}, nous l'avons vu, les femmes semblent se distinguer de façon exemplaire, par une constitution physique d'une texture particulièrement fragile.

Mais ce qui est défini chez ces dernières comme une "exquise" sensibilité, apparaît être mis en valeur et reconnu tout autant.

Par la souplesse de ses tissus, sa peau fine, ses nerfs et vaisseaux admirablement ramifiés... la femme est considérée comme bénéficiant d'une plus grande richesse et d'une plus grande variété de sensations. « *Il pourrait s'ensuivre une vitalité remarquable de l'intelligence, puisqu'on admet depuis Locke et Condillac, que la*

sensation est le point de départ de la pensée. Mais deux facteurs selon Cabanis, bloquent l'essor des facultés mentales : les facteurs organiques et les facteurs sociaux. D'une part, "les sensations internes" exercent une action très puissante sur le moral. Or, chez la femme, il existe une exceptionnelle densité de l'innervation dans les organes génitaux, et leur relation est étroite avec l'ensemble du système nerveux ; l'extrême sensibilité de ces organes influence constamment les glandes, les humeurs, le cerveau. Nul ne peut penser contre son corps, la femme encore moins que l'homme [...] D'un autre côté, tous les médecins affirment que la grossesse engourdit l'esprit et fait baisser la capacité intellectuelle. » [225]

Knibiehler et Fouquet voient ainsi progressivement se dessiner à la charnière XVIII^{ème} – XIX^{ème}, un processus d'appropriation par le corps médical du psychisme féminin, que Roussel qualifie de « sensibilité ». Cependant, à l'opposé de Virey, il se garde bien d'en déduire une infériorité caractérisée de la femme. [225]

Ainsi, ce qui est alors pressenti chez l'être féminin comme une "exquise" sensibilité, pourrait nous apparaître comme l'ébauche d'un système de représentation de l'"âme" féminine et de ce qui pourrait fonder une spécificité du psychisme féminin en lien avec les caractéristiques de sa génitalité et de sa sexualité. Moreau insiste ainsi sur « l'influence interne qui rappelle la femme à son sexe d'une manière continuelle [...] le mâle n'est mâle qu'à certains instants, mais la femelle est femelle pendant toute sa vie.» [225]

Knibiehler et Fouquet soulignent par ailleurs que « les rapports du physique et du moral de l'homme constituent un problème clé de la philosophie des lumières, soucieuse de comprendre l'unité psychophysiologique de l'être humain. Pour la femme le problème se pose de façon apparemment plus simple : elle est déterminée plus fortement que l'homme par sa sexualité, parce qu'elle est, plus que lui, asservie à la fonction reproductrice. » [225]

L'infériorisation intellectuelle de la femme

Dans l'esprit de nombre d'auteurs du XIX^{ème}, l'incapacité intellectuelle des femmes est une infériorité manifeste. Néanmoins, pour Roussel et Cabanis, la faiblesse de l'intelligence féminine n'est pas une infériorité, mais le signe d'une parfaite adaptation aux fonctions.

Bien que, parmi d'autres, Condorcet attribue « *la différence d'intelligence et de caractère entre les sexes à la différence d'éducation qui leur était donnée* », [225] le discours médical réfute cette idée, tenant la médiocrité intellectuelle chez la femme pour vérité scientifique : « *L'éducation ne peut modifier que des détails affirme Roussel.* »

Celui-ci néanmoins concède aux femmes quelques qualités à l'endroit de leur intellect. « *L'esprit des femmes, inculte mais pétillant, brille d'autant plus qu'il n'est pas étouffé par un savoir indigeste. Son caractère original le rend piquant, sa liberté lui donne des grâces [...] leur conversation toujours vive et animée, peut se passer de la science [...] Une femme en sait toujours assez.* » [225]

Dans les années 1820, la phrénologie et ses maîtres à penser, dont Gall et Broca figurent parmi les plus illustres, affirmeront l'incapacité intellectuelle de la femme comme une infériorité manifeste, en démontrant la soi-disant petitesse du crâne et du front féminins.

C'est ainsi qu'un des disciples les plus fervents de Broca, Topinard, déclare : « *L'homme [...] qui a toute la responsabilité et les soucis du lendemain [...] a besoin de plus de cerveau que la femme qu'il doit protéger et nourrir, que la femme sédentaire, vaquant aux occupations intérieures, dont le rôle est d'élever les enfants, d'aimer et d'être passive.* » [225]

En filigrane, dans cette citation de Topinard, nous en ferons l'hypothèse, apparaît une position morale sur la sexualité féminine. La femme, de fait, semble être ici assignée, dans le champ de sa vie sexuelle, à une position de passivité et de réserve.

La sexualité de la femme et la censure morale

Selon un certain point de vue, défendu par J.-C. Bologne [38], se dégagerait ainsi historiquement une tendance de la part des médecins à régler la moralité de leur époque. Selon cet auteur, cette tendance se généralise après la Révolution. « *Dans une France où le moralisme religieux commence à avoir mauvaise presse les médecins prennent la relève et deviennent les oracles de ce siècle.* »

Il apparaît que ce crédit nouveau est employé le plus souvent à bon escient par le médecin. Cependant précise J.-C. Bologne, celui-ci en montant en chaire, « *n'a souvent fait qu'habiller d'un discours scientifique les règles de morale des ci-devant prêcheurs.* »

Cet auteur cite ainsi un certain docteur Desessartz et sa campagne antirhumatisme pour le pantalon féminin... Pour J.-C. Bologne, « *la théorie qui fera ainsi le plus de dégâts en la matière sera celle de l'hystérie féminine. Ce fourre-tout de la médecine préfreudienne permet une censure scientifique efficace de tout discours, de tout acte, de toute conduite impudique.* »

Les préceptes moraux diffusés par le "censeur-médecin" s'appliquent de fait et en tout premier lieu, au domaine de la sexualité.

Bien entendu, nous allons le voir, les médecins du XIX^{ème} siècle ont été prodigues dans leurs efforts visant à circonscrire et brider autant que possible la sexualité de la femme, pour éminemment redoutable par ses risques de débordement qu'elle leur apparaissait. [83]

Mais, de façon sous-jacente à ces craintes, Corbin rappelle que la sexualité a exercé une très grande fascination sur les médecins du XVIII^{ème} et plus encore sur ceux du XIX^{ème}. « *Il y a beau temps que, de Michel Foucault à Jean-Pierre Peter, d'Yvonne Knibiehler à Jean-Paul Aron, les historiens l'ont remarqué.* » [83]

Pour Knibiehler et Fouquet, « *au cœur des rapports du physique et du moral, l'amour est le phénomène fondamental lié à la sexualité : les médecins en perçoivent de mieux en mieux l'extrême complexité et voudraient l'élucider.* » [225]

Mais le corps médical, qui parle au nom de la science, reste, en matières de relations intimes, d'une prudence profondément conservatrice.

Pour Charcot, écrit Diane Chauvelot, « *une honnête femme n'a pas de problème sexuel et n'a sous aucun prétexte, de raison à être sexuellement satisfaite. Toute la structure familiale et sociale était fondée sur le rôle de la femme (la vraie : l'épouse, la mère), que la question de la jouissance sexuelle ne concernait en rien.* » [69]

L'institution du mariage fait donc de la fille une femme. Ce en quoi la femme échappe au risque de comportement morbide : masturbation, saphisme, nymphomanie.

Ainsi, Simone de Beauvoir dénonce à travers Balzac et son ouvrage la « *Physiologie du Mariage* », l'assujettissement de la femme par son époux. Cet état de sujétion de la femme dans le mariage, serait ainsi « *l'émanation d'une volonté de la bourgeoisie dont l'antiféminisme redouble de vigueur par réaction contre la licence du XVIII^{ème} et contre les idées progressistes qui la menacent. Ayant lumineusement exposé au début de la Physiologie du Mariage que cette institution d'où l'amour est exclu conduit nécessairement la femme à l'adultère, Balzac exhorte l'époux à la tenir dans une totale sujétion s'il veut éviter le ridicule du déshonneur.* » [25]

De même, Walkowitz rappelle « *qu'en même temps que se développe le culte de la vie domestique dans la classe moyenne, on célébrait la « vraie » femme bourgeoise en tant que mère et on dénigrait avec insistance la sexualité féminine non reproductrice. Ce mode bourgeois d'asexualité féminine fut de plus en plus somatisé au long du XIX^{ème}, entretenu par des spécialistes médicaux soucieux d'étendre au corps de la femme leur autorité culturelle. Les médecins discutaient du degré de passivité de la femme, mais tous s'accordaient à penser qu'une femme respectable n'a qu'une sexualité secondaire, relative, asservie au plaisir masculin, sans autonomie propre, pâle imitation du désir érotique masculin.* » [381]

Corbin [83] souligne de fait le souci des hygiénistes de limiter, autant que faire se peut, les capacités sexuelles sujettes à l'excès de la femme. Il est un fait, selon lui,

que « *la conviction de l'infériorité sexuelle masculine hante la vision savante de la femme.* »

Il convient de garder à l'esprit que l'effroi de la puissance sexuelle féminine a été fondatrice de tout temps, d'une misogynie quasi universelle (attestée par les mythologies indo-européennes, africaines, occidentales, grecques ou latines).

A ce propos, peut être rappelée la légende de Tirésias, lequel ayant fait la double expérience de l'amour dans un corps d'homme et dans un corps de femme, déclare au cours d'une conversation avec Zeus que, si la jouissance d'amour se composait de dix parties, la femme en aurait neuf et l'homme une seule. Tirésias sera frappé de cécité par Héra, le punissant ainsi d'avoir dévoilé le secret de son sexe.

Il est retrouvé depuis l'origine, notons-le ici, une liaison entre ces trois termes : *sexualité, féminité et hystérie*, liaison qui demeurera en place pendant près de deux mille ans sans bouleversements majeurs.

Ainsi, Corbin précise que les médecins du XIX^{ème} ne cessent de répéter qu'à l'état naturel, la femme se trouve dotée d'une capacité de jouissance répétitive qui dépasse de beaucoup celle de l'homme. Aussi, ceux-ci « *repoussent les manifestations d'une sexualité féminine désirante dont ils nient jusqu'à l'existence. C'est à l'époux de régler "l'énervation" de la femme dont il est responsable [...] sinon il risquerait de déclencher ces "fureurs utérines", ces forces telluriques qui sommeillent en la femme normale mais dont les nymphomanes et les hystériques révèlent l'existence.* » [83]

De même, Virey, cité par Knibiehler et Fouquet, écrit dans son ouvrage « *De la femme* » : « *La femme peu chaste doit être haïe, car, ou elle préfère notre conservation à ses plaisirs, ou elle recherche ses voluptés aux dépens de notre vie.* » [225]

Knibiehler et Fouquet y voient une réelle panique devant la sexualité féminine, « *panique qui conduit à abolir le sexe féminin en le niant.* »

La médecine est-elle ainsi chargée de garantir et de maintenir l'ordre sexuel.

Virey, à la question de l'amour... et de la femme, avec quelque brutalité précise :
« L'existence de la femme n'est qu'une fraction de celle de l'homme ; elle ne vit pas pour elle-même, mais pour la multiplication de l'espèce, conjointement avec l'homme ; voilà le seul but que la Nature, la société et la morale avouent. Il suit de là que la femme n'est qu'un être naturellement subordonné à l'homme par ses besoins, ses devoirs, et surtout par sa constitution physique... Si la femme est faible par sa constitution même, la Nature a donc voulu la rendre soumise et dépendante dans l'union sexuelle ; elle est donc née pour la douceur, la tendresse, et même pour la patience, la docilité ; elle doit donc supporter sans murmure le joug de la contrainte, pour maintenir la concorde dans la famille par sa soumission et son exemple. » [225]

Rencherir à la suite de cette longue déclinaison de considérations concernant la question de la répression de la sexualité au XIX^{ème}, serait peu contributif pour notre sujet. Néanmoins, il nous semble utile, pour clore ce débat, de mentionner quelques réflexions susceptibles d'introduire quelques nuances sur ce qui vient d'être rapporté.

Pour Corbin, *« une pertinente histoire de la femme, menée dans une optique compréhensive, ne doit pas, cela va de soi, se cantonner dans l'analyse des obsessions, des présupposés, des peurs qui forment la trame de ses sources, d'origine masculine ; il lui faut ne jamais séparer l'étude des destins de chacun des deux sexes, tant ceux-ci s'éclairent l'un par l'autre [...] Une telle démarche s'impose particulièrement à l'histoire de la sexualité. L'étude du rapport defectueux au désir qui caractérise le XIX^{ème} siècle ne saurait être menée sans prendre en compte les deux sexes. L'émotion de la partenaire, épouse ou concubine, ne peut être isolée des formes d'expression ou d'inhibition, de satisfaction ou de frustration du désir masculin. L'analyse de la totalité de la relation, et non l'éternelle diatribe contre l'égoïsme de l'homme, permettra seule d'éclairer l'émergence du nouveau couple, plus uni et plus fraternel, qui se dessine durant le dernier tiers du siècle. »* [83]

Par ailleurs, Walkowitz [381] note que, de façon apparemment surprenante, le mouvement féministe, notamment aux Etats-Unis à la fin du XIX^{ème} siècle, répond de manière favorable à la campagne menée par les médecins pour mettre l'avortement hors-la-loi. Plus que sur les conséquences de l'avortement, les féministes prenaient

ainsi position en mettant l'accent sur les causes rendant nécessaire l'avortement, et en particulier, souligne Walkowitz, les relations sexuelles abusives.

Pour cet auteur [381], l'opposition des féministes à l'avortement, mais aussi à la contraception, « reflétait une attitude complexe face à la sexualité et la reproduction. Les luttes gouvernementales contre la prostitution, avaient rendu les féministes méfiantes vis-à-vis des médecins, arbitres non légitimes du destin biologique des femmes et défenseurs de la double morale. Dans le même temps, les féministes faisaient front contre les médecins qu'elles considéraient comme les principaux adversaires des droits et de l'éducation des femmes. Pourtant les féministes, comme les médecins, s'opposaient à la séparation entre sexualité féminine et reproduction. Elles aussi pensaient que l'accès à la contraception et à l'avortement rendait les femmes impures, trop semblables aux prostituées – souillées par le désir sexuel, et sans défense face aux exigences sexuelles masculines. Au lieu de quoi, les féministes britanniques et américaines célébraient la maternité comme le plus haut devoir de la femme, mais elles plaidaient pour une stratégie sexuelle de "maternité volontaire" qui permettait aux femmes d'exercer un contrôle sur la reproduction par l'abstinence. »

On le voit, à vouloir faire une certaine lecture des idées ayant trait à la sexualité au XIX^{ème}, il convient d'être prudent quant à tenir un discours qui suivrait une "ligne féministe" trop dure.

Walkowitz [381] le rappelle : « Les cultures sexuelles du XIX^e montrent bien le caractère socialement construit de la sexualité. La sexualité était alors un lieu de vive contestation, où se jouaient, en privé et en public, des conflits de classe, de race et de sexe. À coup de terrorisme moral, de scandales sexuels et de mesures législatives, différents groupes sociaux et professionnels essayèrent d'étendre leur influence culturelle et politique. Au grand jour, hommes et femmes prirent part à des luttes qui contribuèrent également à redéfinir leur identité et leur subjectivité les plus intimes. »

Ainsi, pour A. Corbin [83], le XIX^{ème} siècle reste fortement marqué par une vision répressive de la sexualité, laquelle procède à l'évidence d'une crainte de la femme et de sa sensualité. Corbin regrette d'ailleurs que les ouvrages brillants déjà consacrés à la question féminine en ce siècle de contention qu'est le XIX^{ème}, n'aient pas su

d'avantage étudier la vision de la sexualité masculine par les médecins. A ce propos, il souligne à quel point les symptômes masculins liés à un rapport défectueux au désir, et, d'une manière plus générale, les signes de la souffrance masculine au XIX^{ème} semblent paradoxalement occultés.

Tandis que dans les bonnes librairies se garnissent d'abondance les rayons consacrés à l'histoire de l'accouchement et de la maternité, on ne voit toujours rien paraître sur le troupier, sur le simple soldat... Corbin déplore ainsi : *« Aurait-on oublié les carnages de l'Empire, les amputations de Corvisart... ? [...] Que signifie ce dédain manifesté par les historiens pour ce siècle guerrier?... Serait-ce par crainte de constater que les hommes du XIX^{ème} siècle, hantés par la peur de la femme, portaient déjà comme un fardeau l'image antique de la virilité ? Par crainte de découvrir le malheur et la faiblesse de ce "sexe en deuil", dont la souffrance résulte précisément, pour une bonne part, de la mise à l'écart et surtout du silence imposé à la femme ». Et d'ajouter : « Ce silence, peu en accord avec le dolorisme dominant, handicape lourdement l'histoire de la femme. » [83]*

Corbin se demande : *« Reste à savoir si cette mise en scène ostentatoire de la souffrance féminine, sans doute désirée, parfois dictée, toujours observée avec fascination par les hommes n'est pas elle-même symptôme, et peut-être thérapeutique, d'une souffrance masculine, plus secrète parce que moins théâtralisable. [...] Ce mal être collectif constitue un élément d'explication historique à ne pas négliger. Il se dessine déjà plus clairement depuis que les historiens commencent à se pencher sur les témoignages de la vie intime, où se déverse cette douleur désormais inexprimable sur le theatrum mundi. »*

Il remarque par ailleurs l'apparition en ce siècle d'une sursuicidité masculine. Selon lui, *« ce sont les blessures causées par la vie active qui fondent la nécessaire chaleur du foyer, la tendresse de l'épouse-infirmière, la fidélité de celle qui ne saurait ajouter aux blessures. La croissance de la mobilité sociale, l'essor de la privacy, la relégation de la femme au foyer ne peuvent être dissociés. »*

Pour cet auteur, « à la femme, peu à peu, le monopole des larmes, des cris, des souffrances, des vapeurs. Malaises, évanouissements, manifestations nerveuses soulignent la pertinence du discours médical sur les deux natures. Le manque de contrôle prouve la fragilité, autorise la pitié ; ce sentiment ambigu associe la femme aux êtres immatures ou désarmés, qui en partagent avec elle le bénéfice : l'enfant, le malade, le mendiant infirme, le vieillard et bientôt l'animal. »

« Les ouvrages réussis abondent désormais sur ces symptômes féminins de l'insatisfaction et de la contention qui dessinent les figures de l'hystérie. Les historiens commencent à se délecter des signes de l'inassouvissement ; la souffrance que celui-ci provoque autorise à parler, sans se compromettre, du désir de l'autre sexe. Au XIX^{ème} siècle en effet est-il besoin de le rappeler ? L'hystérie reste longtemps considérée comme spécifiquement féminine ; ce que semble alors confirmer l'observation clinique. » [83]

c) La maladie et les femmes

La tradition qui a, depuis toujours, réuni sous une même enseigne les femmes et l'idée de maladie, devient un lieu commun dès la fin du XVIII^{ème} siècle. Le médecin des Lumières consacre-t-il ainsi cette opinion qui, comme l'écrit Chambon de Montaux dans « *Des maladies des femmes* » (1784) [225], voue la femme au destin d'un « être que la nature fait toujours marcher à côté d'un précipice prêt à l'engloutir. »

De fait, à cette époque, les traités consacrés aux maladies des femmes sont légion. Plus qu'un phénomène purement intellectuel, cet engouement actualise une prise de conscience qui va donner à l'art médical une impulsion nouvelle : certains médecins reconnaissent le retard considérable dont souffrent encore trop certaines disciplines telle l'obstétrique. C'est ainsi qu'à la suite de Baudelocque, l'art des accouchements va-t-il de plus en plus susciter des vocations, même si, pour Knibiehler et Fouquet, il s'agirait là « d'une ambition conquérante en direction d'un domaine jusqu'à là réservé aux femmes. » [225]

Louant les progrès de l'obstétrique à cette période, ces auteurs précisent : « Les médecins ont eu peur de la césarienne, peur de l'avortement, peur de la femme grosse

et de celle qui crie en faisant son petit. Ils ont mis des siècles pour surmonter ces appréhensions. A la fin du XIX^{ème} siècle, elles sont dépassées : le ventre des femmes n'a plus rien de sacré, ni de redoutable. Ils en sont maîtres. En même temps ils ont surmonté la répugnance et le mépris ancien pour la femelle humaine qui paie le prix du péché originel. Ils se sont mis à aimer la femme qui accouche et l'enfant qui naît. A travers les traités et les annales d'obstétrique, on trouve quelques pages admirables de courage, de dévouement, d'émotion contenue : il y a là des actes professionnels qui ne ressemblent à aucun autre. Les médecins on pris goût à donner la vie. » [225]

Ainsi, au cours du XIX^{ème} siècle, les médecins deviennent de plus en plus désireux de soigner les maladies spécifiques du sexe féminin, celles qui ont leur siège dans les organes génitaux. Néanmoins, en clamant « *la fragilité de l'organisme féminin, sur sa prédisposition aux maladies et aux souffrances* » [225], ils se heurteront au fatalisme et à la passivité qu'ils avaient eux-mêmes antérieurement engendrés. La pudeur, considérée comme une vertu première, freinera ainsi encore longtemps les femmes à consulter des médecins masculins.

A l'aube du XIX^{ème} siècle : naissance d'une "médecine de l'âme"

L'ère des Lumières semble ainsi se caractériser par l'intérêt porté aux maladies nerveuses. Knibiehler et Fouquet [254] stipulent : « *Comme l'amour, elles se situent au cœur des rapports entre le physique et le moral et stimulent une réflexion novatrice.* »

L'« hystérie », en tant que maladie nerveuse, commence ainsi à devenir une idée admise par beaucoup : « *La plupart des médecins du XVIII^{ème} siècle ont rompu avec la tradition qui en faisait une affection de la matrice. L'Anglais Sydenham, célèbre par son empirisme, avait été surtout sensible aux symptômes nerveux de ce mal et il l'avait déclaré commun aux deux sexes.* »

Historiquement, il reviendrait à Le Pois et Willis d'avoir libéré l'hystérie du vieux mythe des déplacements utérins. [153]

Dès le début du XVII^{ème} siècle, Le Pois situera l'origine des convulsions hystériques, comme le précise Michel Foucault, dans une accumulation des fluides vers la partie postérieure du crâne... [153]

C'est ainsi que, peu à peu, rien ne subsistera plus de cette fameuse mobilité prêtée à l'utérus, qui avait figuré constamment dans la tradition hippocratique.

Mais poursuivant, Foucault [153] écrit à ce propos : « *Rien, sauf peut-être un certain thème qui apparaît d'autant mieux maintenant qu'il n'est plus retenu dans une seule théorie médicale, mais qu'il persiste identique dans la succession des concepts spéculatifs et des schémas de l'explication. Ce thème, c'est celui d'un bouleversement dynamique de l'espace corporel, d'une montée des puissances inférieures, qui trop longtemps contraintes comme congestionnées, entrent en agitation, se mettent à bouillonner, et finissent par répandre leur désordre – avec ou sans l'intermédiaire du cerveau – dans le corps tout entier. Ce thème est à peu près demeuré immobile, jusqu'au début du XVIII^{ème} siècle, malgré la réorganisation complète des concepts physiologiques. Et, chose étrange, c'est dans le cours du XVIII^{ème} siècle, sans qu'il y ait eu de bouleversement théorique ou expérimental dans la pathologie, que le thème va brusquement s'altérer, changer de sens – qu'à une dynamique de l'espace corporel va se substituer une morale de la sensibilité. C'est alors et alors seulement, que les notions d'hystérie et d'hypocondrie vont "virer", et entrer définitivement dans le monde de la folie.* »

En France, l'autorité de Raulin, dont le traité des affections vaporeuses paraît en 1758, produisant un grand retentissement, « *donne une caution décisive à l'étiologie morale de l'hystérie : il y voit un retentissement sur le corps des passions qui sont des désirs mal gouvernés ; la passion est souvent un langage du corps, mais c'est avant tout une maladie de l'âme.* » [225]

Boissier de Sauvages classe l'hystérie parmi les "vésanies" (c'est-à-dire parmi les maladies nerveuses). Il accorde aux "causes morales" une part dominante. Son propos cependant trahit combien encore la pensée médicale reste alors imprégnée de la notion du péché.

Il ébauche même la théorie du refoulement. « *Il y a beaucoup de passions auxquelles bien des gens ont honte de se livrer [...] parce qu'il est honteux de les satisfaire. Cependant, quoiqu'on réprime ces mouvements intérieurs et qu'on les cache avec soin, on est infiniment plus tourmenté que si on s'y livrait.* » [225]

De même, Pinel figure parmi les médecins qui ont tenu sur l'hystérie un discours original et novateur. Il est l'auteur d'une nosographie philosophique (1798) et a écrit l'article « Névrose » dans le "*Dictionnaire des sciences médicales*". Il revient à la vieille théorie hippocratique qui insiste sur le rôle des organes sexuels, mais pour agir surtout en tant que facteurs psychiques, parce qu'ils sont à l'origine des désirs. [225]

Pinel met ainsi l'accent sur les facteurs culturels de la maladie. Il remet en cause l'idée que la débilité féminine est un fait de civilisation et non pas de nature. [225]

Aussi, les vues de Pinel auraient pu laisser penser que le stéréotype de la nature féminine allait bientôt décliner. Il n'en fût rien en raison de puissants facteurs à l'œuvre pour le maintenir. [225]

En premier lieu, Knibiehler et Fouquet le soulignent, le corps médical lui-même contribue à maintenir vivace ce stéréotype. En effet, le consensus est loin d'être établi sur la causalité de l'hystérie. Ainsi au cours du XIX^{ème} siècle, deux courants vont coexister, l'un défendant la théorie utéro-ovarienne et l'autre la névrose. Charcot contribuera de manière décisive à faire triompher la seconde.

Enfin, en second lieu, le plus souvent encore le praticien ordinaire reste désemparé et démuni par les problèmes que lui soumettent les névroses. Il préfère alors ignorer le rôle des facteurs culturels intervenant dans le déclenchement de la maladie et, pour soulager la malade, rassurer la famille, se réfugie-t-il dans des prescriptions hygiéniques. L'hystérique est ainsi priée de se restreindre à un régime de vie apaisant.

Knibiehler et Fouquet [225] postulent ainsi que ce praticien « *n'a pas intérêt à dénoncer le rôle des facteurs culturels dans le déclenchement de la névrose. Sur ces facteurs en effet il ne peut guère agir. Par contre il faut qu'il soulage la patiente, qu'il*

rassure la famille et qu'il donne à l'une et à l'autre l'espoir de la guérison. Alors il préfère se réfugier dans des prescriptions hygiéniques. Par exemple, il se rabat sur l'opposition entre la ville et la campagne, mise en valeur par Rousseau et les physiocrates : les gens des villes vivent contre nature ; l'agitation, le bruit, l'ambition épuisent leurs nerfs qui deviennent incapables de supporter la moindre contrariété. A défaut d'aller vivre au calme, l'hystérique devra adopter un régime apaisant : renoncer aux nourritures trop riches, aux romans, éviter l'oisiveté. En somme, on lui laisse entendre que si elle est malade c'est en grande partie de sa faute, et que pour guérir elle doit faire pénitence. »

L'hystérie n'est donc plus cette effrayante agitation de la matrice qui déconcertait les médecins du XVIII^{ème} siècle ; c'est plutôt désormais le châtement d'une vie féminine mal réglée. Elle effraie moins les hommes, mais elle contraint davantage les femmes. [225]

Par ailleurs, Knibiehler et Fouquet s'interrogent sur ce formidable engouement voué par le corps médical à cette pathologie, à la charnière des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles : *« Faut-il penser que ce type de pathologie était alors en expansion ? Ou que le corps médical lui accordait plus d'intérêt qu'auparavant ? »*

Quoiqu'il en soit, seule la première hypothèse, semble-t-il, est retenue par l'Encyclopédie. Toutefois, il apparaît que dans leurs tentatives d'explication des raisons d'une telle "épidémie", les médecins privilégient les causes "morales" et de moins en moins les causes organiques, *« même si l'utérus et ses humeurs restent à l'arrière-plan de tous les discours (car ce sont les femmes qui sont en majorité atteintes). »* [225]

Cet engouement se traduit donc dans la deuxième moitié du XVIII^{ème} siècle, par une efflorescence d'ouvrages traitant des vapeurs, des passions et de l'hystérie. [225]

Et si, au seuil du siècle suivant, il semble notamment que la migraine prenne peu à peu le relais des vapeurs, l'hystérie s'incarne désormais comme la forme majeure de ce type de pathologie.

Mais il est un fait, souligné par Gladys Swain [354], que plus que dans les traités spécialisés consacrés aux maladies mentales ou nerveuses, l'essentiel de ce qui s'écrit sur l'hystérie se trouve dispersé dans cette somme innombrable d'ouvrages généraux sur les maladies de la femme : *« traités des maladies de l'utérus et autres traités de la menstruation, qui écrasent de leur masse les livres spécifiquement consacrés à l'hystérie. »*

Ainsi, *« ce sont donc ces praticiens-là, ces spécialistes des maladies des femmes, qui recevaient concrètement le gros des patientes dites hystériques. Ce sont dans des services hospitaliers généraux, chez Piorry à la Pitié, chez Briquet à la Charité que se "pressent en foule" les hystériques à Paris dans le courant du XIX^{ème} siècle. Et jusque tard dans le siècle, c'est vers gynécologues et obstétriciens que continueront d'être dirigées la plupart d'entre elles. »*

Ces médecins de la femme, modernes ou traditionnels, ne doutant pas *« que l'hystérie soit un trouble relevant de leur compétence – un trouble fonctionnel peut-être, mais un trouble touchant indiscutablement aux organes et aux fonctions dont ils sont spécialistes »*, recueillent ainsi indifféremment la plainte hystérique, laquelle, selon Gladys Swain, se tourne spontanément vers eux.

Et Gladys Swain [355] de conclure : *« C'est par le biais de ce secteur considérable de l'activité médicale que, sinon la théorie utérine dans sa pureté native, du moins l'association fondamentale hystérie/organes sexuels de la femme, a plus que survécu, vécu de sa belle vie tout au long du XIX^{ème} siècle. On trouve encore l'année suivante l'ouverture en 1872 des leçons de Charcot sur le sujet, un parallèle de l'hystérie et des maladies du col de l'utérus. Et combien d'autres attestations et au-delà. »*

Cependant, certains médecins vont clamer violemment leur vindicte à l'égard de la femme hystérique. De fait, selon Chauvelot, en France, l'hystérie n'a plus bonne presse à la fin du siècle.

Ainsi dans *"Folie raisonnable et folie morale"* parue en 1866, Jules Falret, psychiatre de la Salpêtrière, fils du célèbre pionnier de la psychiatrie, ne peut cacher son antipathie pour ces malades : *« Tous les médecins qui ont observé beaucoup de femmes*

atteintes d'hystérie, tous ceux qui ont eu le malheur de vivre avec elles une vie commune savent parfaitement qu'elles ont toutes dans le caractère et l'intelligence une physionomie morale qui leur est propre et qui permet de reconnaître chez elle l'existence de cette maladie avant même d'en avoir constaté les symptômes physiques. » [69]

Et de poursuivre : « *En un mot, la vie des hystériques n'est qu'un perpétuel mensonge, elles affectent des airs de piété et de dévotion et parviennent à se faire passer pour des saintes alors qu'elles s'abandonnent en secret aux actions les plus honteuses...* » [69]

Falret se contentait d'une vengeance verbale. En Allemagne, cette aversion culmina dans une violence qui apparaît aujourd'hui presque incroyable. "L'obliquité morale" de ces malades, aggravée de l'origine sexuelle qu'il concédait à la maladie, conduisit le célèbre gynécologue Alfred Hegard (1830-1914) à traiter ses hystériques par ovariectomie. Il était sûr de les calmer comme on peut calmer « *un cheval vicieux en le châtrant* ». Plus "subtil" et révoltant que cette amputation, le traitement infligé par le neurologue Nikolaus Friedreich (1825-1882) : la cautérisation du clitoris par le fer rouge. [69]

Mises à part ces expressions d'exacerbation haineuse, le XIX^{ème} siècle aura consacré ainsi les dérèglements du système nerveux, et au premier chef la "folie", comme la part la plus significative de la pathologie féminine. L'âge d'or de l'aliénisme, de la création des premiers asiles vers 1838 jusque vers 1860, consacre une abondante littérature aux femmes folles, à la folie féminine. Selon Knibiehler et Fouquet, le discours médical devient alors fascinant, miroir des mentalités de la société mâle dont les fantasmes et les moeurs s'exprimeront ainsi plus librement à propos de ces folles. [225]

De même, pour Gladys Swain, « *il faut traiter l'hystérie et le discours médical sur l'hystérie comme des révélateurs. Dans et à propos de l'hystérie, jusqu'à Charcot, quelque chose se symbolise : le destin féminin.* » [355]

L'hystérie occupe donc le devant de la scène. A l'ère positiviste, la plupart des auteurs, Freud y compris, restent dominés par la misogynie traditionnelle.

Cependant certains auteurs remettent en cause la thèse de l'insatisfaction sexuelle et de la continence comme origines du mal, comme Briquet, dans son "*Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*" (1859). Celui-ci met l'accent sur la "*sensibilité*" particulière des femmes, mais aussi sur des facteurs sociaux et psychiques : misère, veilles, abus d'alcool, craintes, mauvais traitements. Pour lui, les hommes peuvent être atteints de ce mal et le mariage ne peut en guérir personne. [225]

Parallèlement, une nouvelle maladie, l'anorexie mentale, affecte les jeunes filles : elle semble exprimer une relation difficile avec la mère. « *Comment s'en étonner ?* », s'interrogent Knibiehler et Fouquet [225]. La mère regardait jusque-là sa fille comme son double et l'élevait pour la famille, dans la passivité et la soumission... L'anorexie mentale pour certains psychiatres, c'est déjà de l'*hystérie*.

Bien que largement indéchiffrable, l'hystérie, selon Knibiehler et Fouquet, pourrait être appréhendée dans le registre d'une souffrance identitaire. Mais alors, se demandent ces auteurs, « *pourquoi y a-t-il tellement plus de femmes que d'hommes qui n'arrivent pas à se forger une histoire et une identité ? Dira-t-on encore que c'est parce que le pénis leur manque ? Les hommes, médecins et analystes compris, renonceront difficilement à cette explication, pour eux si rassurante. Mais pour les femmes il devient de plus en plus évident que c'est le système patriarcal qui, en les confinant dans la vie privée, les a empêchées de se construire une histoire personnelle, tant individuelle que collective, et par conséquent une identité. Le "manque" de pénis n'est sans doute que le symbole de tout ce dont la "protection" masculine les a privées et les prive encore.* » [225]

En premier lieu, la plupart des médecins refusent d'admettre que cette maladie puisse atteindre les hommes. L'hystérie reste typiquement féminine et son "pendant", l'hypocondrie, est masculine. D'autre part, la conviction est courante selon laquelle toute femme peut être concernée par ce mal à tout moment de son existence.

Comme le XIX^{ème} siècle aura consacré la femme à la fonction reproductrice, rien de surprenant alors, souligne Maud Mannoni, « *à ce que la maladie féminine du siècle soit l'hystérie, une façon pour le corps de refuser l'enfermement auquel la femme est*

condamnée. Les romans des sœurs Brontë font saisir que la désespérance peut conduire au crime, pour se dégager des liens d'un mariage forcé. Thérèse Desqueyroux (1927), l'héroïne de François Mauriac, rêve d'être "une femme seule dans Paris, une femme qui gagne sa vie, qui ne dépend de personne... ". D'autres s'expatrient déguisées en hommes, d'autres encore deviennent sculpteurs et terminent leur vie à l'asile. » [260]

En arrivant ainsi au terme de ce survol de la pensée hygiéniste sur la femme et ses "fonctions sexuelles", nous avons donc vu surgir à l'avant-scène la figure de l'hystérie.

L'approfondissement de sa problématique, a sans nul doute fécondé la pensée médicale au cours du XIX^{ème} siècle. L'évolution des idées à son propos dans ce siècle a permis ainsi la possibilité de mutations décisives et préparer l'avènement d'une "psychologie médicale" et de la psychanalyse.

L'évolution du concept d'hystérie au cours du XIX^{ème} siècle pourrait apparaître de fait, riche d'enseignements pour notre étude. En effet, il nous semble notamment que les fondements de la pratique de l'isolement dans le phénomène des vomissements gravidiques, sont à rechercher de ce côté.

Plus encore, nous tenterons d'éclairer comment a pu émerger à partir de l'approche thérapeutique de l'hystérie, le concept de psychothérapie. De fait, il semble bien se dégager déjà à ce propos, différents courants dont la résurgence paraît encore frémissante dans un débat qui n'est peut-être pas si anachronique, concernant la prise en charge psychologique dans certains cas de vomissements sévères de la grossesse.

Nous verrons enfin, abordant là assurément un point sensible de notre étude, que les écrits de certains pionniers de la psychanalyse ont peut-être exercé une influence inattendue sinon paradoxale, sur la formation de quelques préjugés, lesquels ont longtemps infiltré l'origine psychogénétique des vomissements gravidiques.

Nous pensons ici notamment - ceci est notre hypothèse - au phénomène de "condensation" qui s'est produit entre l'idée d'une part longuement et communément admise qui stipulait que ces femmes étaient des hystériques et celle d'autre part que

les vomissements pourraient être un équivalent symbolique du rejet de la grossesse et du fœtus.

2^{ème} PARTIE

L'HYSTERIE ET SES METAMORPHOSES AU XIX^{ème}

Du traitement moral aux prémices de la psychothérapie.

« Nous sommes tous des hystériques, depuis que le docteur Charcot, ce grand prêtre de l'hystérie, cet éleveur d'hystériques en chambre, entretient à grand frais dans son établissement moderne de la Salpêtrière un peuple de femmes nerveuses auxquelles il inocule la folie, et dont il fait, en peu de temps, des démoniaques. »

Guy de Maupassant, dans une chronique de Gil Blas, « une femme », le 16 août 1882.

I – POINT DE VUE GENERAL : REMARQUES, REFLEXIONS ET QUESTIONS.

1) Hystérie "fin de siècle" : levain d'une évolution socio-culturelle ?

Nous avons vu combien, à la charnière du XVIII^{ème} et du XIX^{ème}, les mutations qui ont parcouru les représentations concernant le vaste champ des affections dites "nerveuses", ont été le vecteur d'un bouleversement de la pensée médicale : le concept d'appareil psychique, fruit d'une longue gestation, allait être ainsi promu peu à peu au rang d'un système différencié et autonome et sa responsabilité impliquée dans le déclenchement de troubles divers.

Les médecins ne pouvaient désormais plus méconnaître l'importance du rôle tenu par le psychisme, notamment au sujet des affections touchant les femmes, dont au premier chef l'hystérie.

De fait, René Roussillon [326] met en exergue l'idée que « *l'image archétypique de Pinel désaliénant de leurs fers les "fous" de la Salpêtrière fait pendant à celle de J.-M. Charcot réinscrivant l'hystérie au sein de l'académisme médical (1882), lui restituant*

ses lettres de noblesse, lui faisant quitter les coulisses de la recherche médicale, quitter l'alcôve de la pratique, pour utiliser l'image réminiscente que S. Freud retrouvera en 1914 à propos de la place du sexuel. »

Plus encore, il est fascinant d'apercevoir quel extraordinaire ferment l'hystérie apparaît alors avoir constitué : bien plus qu'un miroir d'une époque, elle a semble-t-il actionnée des forces de civilisation souterraines, libérant des énergies nouvelles et novatrices.

Gladys Swain [355] observe ainsi, qu'en lien avec la question de l'hystérie, dans les deux ou trois dernières décennies du XIX^{ème} siècle, s'opère « *un remodelage général de nos sociétés [...] que ce soit au plan des institutions, de la culture ou des mentalités. Moment et processus auxquels il faut rapporter, en particulier, la grande crise de l'identité féminine qui s'est manifestée alors, de l'obsédante "question de la femme" attestée dans la littérature du temps à l'élan neuf pris par le mouvement féministe. »*

Aussi, Swain [355] souligne que, de ce fait, « *le heurt ne pouvait qu'être frontal entre l'image traditionnelle de celle qui ne s'appartient pas, parce que la vie la requiert, et cette vision naissante de l'appartenance intime et subjective du corps. C'est chez la femme, à propos de la femme, que devait fatalement se faire sentir avec le plus d'acuité la contradiction des époques et des systèmes de la personne. Tensions qui sont directement au principe de la métamorphose de l'hystérie et qui s'y reflète. »*

Il semble qu'ainsi, à la fin du XIX^{ème}, par sa capacité à interroger le statut du corps dans sa dimension subjective – un "corps désirant" – l'hystérique a ébranlé la société de son époque.

2) L'hystérie : entre corps et psychisme.

Gladys Swain [355] relève : « *L'hystérie, c'est la matrice et c'est la femme. Soit. Mais c'est bien davantage. C'est l'expression d'une vérité plus générale, simplement patente chez la femme en tant que reproductrice, quant au rapport des êtres doués d'invisible intériorité avec leur corps visible : rapport d'essence problématique,*

constitutionnellement hanté qu'il est par une sécession du corps subversive du sujet. »
 Et Swain de souligner qu'ainsi, en changeant, l'hystérique demeure, devenant « *celle dont le trouble révèle l'économie subjective de la corporéité, celle dont le corps parlant exhibe la fracture interne du sujet. »*

René Roussillon [326] ne dit pas autre chose en écrivant qu'autour de l'hystérie « *se joueront l'articulation du corps et du psychisme, la question du monde du dedans et de ce qui l'agit, la question de la causalité, de la "chose interne", de sa dramatique. »* Par ailleurs, il s'interroge : « *Si l'hystérie, l'hystérique, a rencontré dans son histoire la corporéisation de ses symptômes, n'était-ce point la seule manière pour elle de ne pas être assignée à la chimère, à une existence fantomatique, abandonnée ? »*

Aussi, pour cet auteur, « *à travers sa corporéité, l'hystérie se dit réelle, matérialisable, objective ; à travers la corporéité du symptôme, l'hystérie tente de dire la nature réelle du psychisme, de la réalité psychique. Il a fallu passer par la réalité du corps pour que le psychisme se découvre une réalité. »*

De plus, si selon un modèle princeps, l'hystérie reste un système de projection sur la scène corporelle, dont les manifestations prendront progressivement valeur de métaphore à la fin du XIX^{ème}, elle a été de même, on le sait, un formidable creuset dans lequel notamment, le processus "alchimique" psychanalytique a pu s'élaborer.

Comme l'écrit J.-P. Valabrega [371], « *a-t-on suffisamment souligné déjà que tout problème des fonctions et significations du corps, en psychanalyse, provient de l'hystérie et y fait nécessairement retour ? L'hystérie, assurément, est l'observation "princeps" ; mais en deux sens : celui de l'histoire et celui de la structure. Et ce second sens a été beaucoup moins dégagé et étudié que le premier. Que le premier retour à l'hystérie – celui de Freud lui-même – marque l'origine véritable de la psychanalyse, personne ne le conteste puisque le fait s'est inscrit, depuis 1895, dans l'histoire des idées. Mais s'est-on demandé pourquoi ? – A notre avis, l'interprétation structurale du phénomène réside dans cette remarque que le patient hystérique apporte et propose "son corps comme une énigme". Le patient, ou plutôt la patiente. Car c'est la "femme" qui constitue le modèle premier. »*

Par ailleurs, si nous avons longuement fait entrevoir au cours du chapitre précédent que l'hygiénisme médical au XIX^{ème} siècle avait entrepris un processus d'appropriation et de maîtrise du corps de la femme, l'hystérie quant à elle, selon Roussillon, dirait le négatif de l'appropriation « *qu'elle ne cesse de reproblématiser en montrant son avers.* » Aussi, pour lui, la place de l'hystérie dans l'épistémé occidentale « *n'est-elle d'ailleurs pas celle-là : dire l'avers de ce qui s'est positivé, dire l'avers de l'appropriation, par l'homme de ses propres systèmes causaux, dire l'avers fantasmatique de l'appropriation et de ses processus, réfléchir en creux ou en pleins, les manières d'apprendre, de prendre* » ?

Roussillon en conclut que « *si une large partie de l'épistémé des XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles se laisse comprendre comme un vaste processus d'appropriation, par l'homme, de ce qui était antérieurement suturé dans le divin, le Dieu-causal, l'hystérie, dans ses formes et ses enjeux, accompagne ce processus à sa manière, en en soulignant sans cesse l'ombre portée, en en portant elle-même l'ombre, l'autre face.* » [326]

Enfin, Gladys Swain [355], pour mieux souligner en retour les métamorphoses de la "grande névrose", définit ainsi l'explosion du questionnement sur l'hystérie dans les années 1880 comme « *au fond le dernier épisode d'une vieille histoire et le premier épisode d'une autre histoire.* » Aussi, pour Swain, si le clivage subjectif continue d'y passer par le corps, dans la suite : « *ce clivage se fera purement subjectif, purement intérieur, de plus en plus dépourvu de dimension corporelle. Comme on le sait, les hystériques ont cessé de convulser. Davantage, les symptômes corporels ont changé, chez elles, de sens et de portée. Ce n'est plus l'extériorité du corps qu'ils ont charge de manifester. A l'inverse, c'est son exquise appartenance à la sphère psychique qu'ils révèlent – sa valeur "culturelle" de signe, au lieu et place de son épaisseur naturelle et matérielle.* »

Roussillon semble donc positionner l'hystérie au centre d'un "carrefour métapsychologique" : « *L'hystérie est une pathologie des formes complexes de l'animisme et du transitionnel, de ses paradoxes, de l'indécidabilité de la question qui la constitue, celle du dedans/dehors, une pathologie de l'organisation anale du transitionnel et de la représentation.* »

Mais surtout, il apparaît replacer l'hystérie au centre de la question de l'essence du rapport interhumain, voire de l'altérité (quoique cette notion appartienne beaucoup plus à la philosophie qu'à la psychanalyse). L'hystérique, semble-t-il, impuissant(e) à trouver des moyens d'auto-guérison, aurait ainsi un besoin vital de l'autre (ou selon une perspective lacanienne : de l'Autre) afin que celui-ci le ou la soulage de sa souffrance. Ainsi, selon Roussillon, l'hystérie « *ne peut dire seule sa souffrance, a besoin que ce qu'elle est capable de collecter soit exorcisé, purifié, déconstruit et interprété, vu et dit par un autre, que son objectivité soit suffisamment reproblématisée par un autre.* »

Voilà pour ce qui serait entre autre, à l'aune de la question de l'hystérie, une ébauche de quelques linéaments concernant l'épistémologie de la psychanalyse.

Aussi, nous apparaît-il utile maintenant d'esquisser quelques enjeux qui nous semblent avoir reliés originellement la psychanalyse avec l'hystérie et la question des vomissements gravidiques.

3) Remarques et questions.

a)- La volonté de la psychanalyse de faire science.

Sans nul doute, la clinique de l'hystérie a-t-elle été transformée par l'avènement de la psychanalyse. Mais n'assiste-t-on pas en quelque sorte à une prise de pouvoir par cette nouvelle « science », non seulement bien sûr avec l'hystérie, mais de façon extensive sur ce qui va être de mieux en mieux précisé dans le champ des psychonévroses. Ainsi donc, la médecine aliéniste aurait-elle vécu avec l'essor de la psychanalyse, une dépossession de ce qui lui avait d'une certaine manière appartenu en tant que "monopole intellectuel"? Ce débat est peut-être encore actuel...

Comme nous le préciserons plus amplement, il apparaît que, dans quelques écrits des pionniers de la psychanalyse tels Ferenczi, Deutsch, voire Steckel, la question des vomissements gravidiques a été estampillée au poinçon de l'hystérie. Serait-il abusif

d'y voir là, à l'aune alors de ces convictions toutes neuves, une propension, à l'extension vers de nouveaux territoires à "défricher" ?

A l'évidence, la volonté de la psychanalyse de "faire science" à ses débuts – Freud, ceci est bien connu, a eu comme ambition originellement de donner à celle-ci un fondement scientifique – est, on pourrait le penser, corrélative d'une volonté de puissance afin d'accéder de cette façon à une reconnaissance officielle.

Isabelle Stengers [346] constate : « *C'est en effet une science dure que Freud entendait fonder, une science capable de créer son objet et de le juger, et susceptible par sa différence opératoire d'avec les autres pratiques utilisant sans les comprendre le même type d'instruments, de juger ces pratiques.* »

Elle ajoute néanmoins que, « *si l'optimisme premier de Freud peut être renvoyé à un scientisme périmé, au fait que Freud se trouve être né au XIX^{ème} siècle, la perte de cet optimisme marque la fin d'une illusion, c'est-à-dire un progrès.* »

b)- La psychanalyse et la question de l'hypnose et de la suggestion.

Par ailleurs, Stengers critique la psychanalyse en tant que discipline basée sur une volonté de faire *tabula rasa* des thérapeutiques qui l'ont précédée. De fait, elle reproche aux psychanalystes freudiens d'avoir volontairement laissé à l'abandon les liens qui seraient susceptibles de relier la suggestion, l'hypnose et la relation transférentielle, ressort de la cure psychanalytique.

Chertok [71] rappelle cependant que Freud, dans « *Psychologie collective et analyse du Moi* » (1921), y souligne « *le caractère particulier de la relation hypnotique. [...] Il insiste sur le fait que celle-ci constitue un phénomène largement énigmatique* ». Freud développe « *l'hypothèse selon laquelle l'hypnose serait la résurgence d'un état jadis réellement vécu, entré dans l'héritage phylogénétique : elle reproduirait la relation au Père primitif, telle qu'elle s'est constituée à l'origine de la famille humaine. Cette hypothèse repose sur des postulats historiques et scientifiques plus que contestables. Mais elle montre que Freud était conscient de la spécificité de la relation hypnotique.* »

Dans cet ouvrage, Freud étend également ses réflexions au phénomène de la suggestion dans son ensemble. Il développe ainsi, précise Chertok, *« une longue réflexion sur la nature de l'identification, de l'amour et de l'hypnose. Il définit celle-ci comme "une foule à deux", une formation intermédiaire entre la foule et l'amour puisque, comme celui-ci, elle fonctionne dans le cadre d'une relation duelle, mais que, d'autre part, le sujet hypnotisé se trouve lié à l'hypnotiseur par un rapport d'identification similaire à celui qui unit les membres de la foule à la figure du chef. »* Aussi, Chertok le souligne, dans la pensée freudienne, *« l'énigme de l'hypnose se trouve ainsi clairement désignée comme celle qui règne autour du principe même de toute suggestibilité : cette "identification primaire" qui est la condition de toute vie relationnelle et de toute psychothérapie. »*

A propos de la désaffection des psychanalystes pour l'hypnose et la question de la suggestion, Stengers adresse donc à l'ensemble de la communauté psychanalytique un appel sinon une harangue : *« Les psychanalystes, en tant qu'héritiers non pas d'une science qui mime la dureté, à la manière de la psychologie comportementale, mais ce qui aurait pu être une science dure, sont de ceux dont nous pouvons attendre qu'ils inventent de nouvelles manières de travailler ensemble. [...] Je considère que, en tant qu'héritiers de Freud, leur responsabilité est engagée d'avoir laissé des questions comme celle de l'hypnose ou de la suggestion aux mains des psychologues comportementaux, qui, par définition, ne pouvaient rien nous en apprendre. [...] N'est-il pas aberrant que nous en soyons restés à propos de la suggestion qui, depuis toujours, est le symptôme de ce que peut-être nous ne sommes pas maître chez nous, à des jugements dont la naïveté manichéenne nous renvoie à l'époque de la chasse aux sorcières ? N'est-il pas frappant qu'à notre époque, les médecins puissent encore ricaner de l'effet placebo et les analystes chercher à faire fantasmer les malades psychosomatiques ? »* [346]

Cette prise de position, en 1992, mérite avec le recul d'une décennie d'être signalée, pour notamment souligner que l'hypnose connaît depuis quelque temps un regain d'intérêt. De fait, les médecins et en particulier les psychiatres semblent de plus en plus renouer avec l'hypnothérapie et réinterroger ainsi la place que cette approche thérapeutique pourrait reprendre dans leur pratique.

c)- Suggestion, hypnose et vomissements gravidiques.

Il est tout à fait clair ainsi que, depuis toujours, l'effet placebo, la suggestion se sont révélés être des facteurs de première importance dans les succès thérapeutiques obtenus dans les cas de vomissements sévères de la grossesse. Au plan historique, ceci est attesté par la liste des innombrables moyens thérapeutiques, aussi divers qu'incongrus parfois, qui ont été préconisés dans cette affection.

Il est toutefois surprenant que la place de la suggestion semble avoir été assez souvent ici relativement passée sous silence. Ne pourrait-on pas y voir là une tentative de masquer ce qui relèverait en quelque sorte d'une "blessure narcissique" ? Et serions-nous tenté d'ajouter : n'a-t-il pas été trop souvent présumé que l'efficacité de la suggestion inférait *de facto* sur une origine psychogénique à propos des vomissements gravidiques – manifestement démontrée de ce fait ? Ces suppositions assurément méritent d'être débattues, et loin de nous d'affirmer ici quoi que ce soit...

Il nous paraît enfin important de mentionner – ce qui apparaîtra quelque peu contradictoire avec ce qui vient d'être dit – que néanmoins, l'hypnose a été et reste une approche thérapeutique dont l'efficacité est reconnue, quand elle est proposée dans les vomissements gravidiques. Il semble ainsi, en particulier aux Etats-Unis, qu'elle figure en bonne place parmi la panoplie des moyens thérapeutiques employés dans cette situation.

d)- Pour conclure ce chapitre.

Nous l'avons vu, en cette fin du XIX^{ème} siècle, l'hystérie connaît une profonde mutation. Elle perd désormais pour toujours ses oripeaux "démoniaques" et accède au statut d'une névrose. Ainsi son destin "médical" en est-il définitivement affecté. Et jusqu'où ? De fait, en contre-point des réflexions de René Roussillon, il s'avère - l'exemple de la pratique de l'isolement tend peut-être à le démontrer - que l'hystérie subit une nouvelle fois l'effet d'une certaine forme de refoulement pour faire l'objet à nouveau d'une "pratique d'alcôve". D'une certaine manière, l'exemple des vomissements gravidiques est là pour l'attester. Ainsi, nous le reverrons, à la faveur

d'une résurgence du *traitement moral*, l'isolement va connaître une nouvelle fortune et continuer à être préconisé et appliqué dans l'hystérie bien au-delà du XIX^{ème} siècle.

Toutefois, il faut le préciser – dans le souci de nuancer notre propos – l'isolement en maternité dans les cas de vomissements sévères de la grossesse, apparaît être une pratique qui s'est instituée comme une condition idéale de la mise en œuvre d'une véritable psychothérapie, sous la forme prioritairement de l'emploi de techniques relevant de la suggestion.

Il semble donc que, d'une façon très particulière, l'histoire des idées sur l'hystérie n'a pas été sans effet sur l'évolution des représentations médicales concernant la question des vomissements de la grossesse.

Ainsi, nous tenterons de proposer une illustration des grandes lignes de force qui ont accompagné ce processus et d'apercevoir combien *in fine* la mutation des idées sur l'hystérie a jeté les fondations de la notion de psychothérapie.

II - ASPECTS NOSOGRAPHIQUES ET HISTORIQUES : L'HYSTERIE AU XIX^{EME} SIECLE : L'ENTREE EN SCENE DE LA NEVROSE.

1) - Individuation de l'hystérie comme maladie mentale

La description des névroses au XIX^{ème} siècle n'a pas fait qu'ajouter un chapitre nosographique à la psychiatrie ; c'est bien d'une remise en cause de la démarche clinique dont il s'agit. Avec Charcot qui doit tenir compte de ce que disent les hystériques pour décrire l'hystérie, ce n'est plus tout à fait le médecin qui est supposé savoir, mais le malade, même s'il a besoin du médecin pour dire ce qu'il sait.

Le XIX^{ème} siècle constitue ainsi une étape décisive au niveau de l'individualisation clinique de l'hystérie et de la préparation et de l'avènement de la théorie moderne et définitive de l'hystérie au début du siècle suivant.

a)- Entre épilepsie et anorexie : vers la reconnaissance de l'hystérie comme une névrose.

Entre l'"hystéro-épilepsie" d'une part et l'"anorexie hystérique" de l'autre, c'est tout un travail de différenciation clinique qui va s'opérer dans la seconde partie du XIX^{ème} siècle et qui va aboutir à l'individualisation de ces trois entités respectives que sont : l'hystérie, l'anorexie et l'épilepsie. Cette entreprise de démembrement a eu aussi comme corollaire de redistribuer ces pathologies devenues spécifiques dans des champs médicaux séparés, quoique, à la différence de l'hystérie et de l'épilepsie, l'anorexie ait eu de ce point de vue une fortune différente.

Nous nous limiterons ci-après à la question du démembrement hystérie-anorexie.

b)- Séparation entre hystérie et anorexie.

Dans leur étude historique des conceptions pathogéniques concernant l'anorexie mentale, E. Kestemberg, J. Kestemberg et S. Decobert [219] notent que les auteurs classiques ont décrit l'anorexie surtout à son stade terminal. Ils ont ainsi jugé "mentale" l'origine du syndrome. C'est donc au titre d'affection nerveuse qu'il est étudié par Richard Morton en 1689 (la "phtisie nerveuse"), par Nadeau en 1789, par Lasègue ("l'anorexie hystérique") et par Gull (the mental perversity) en 1873. Le terme même d'"anorexie mentale" est retenu en 1883 en France à partir des travaux d'Huchard.

En fonction de cette conception pathogénique, tous ces auteurs concluent à l'indication d'une thérapeutique psychologique, et en particulier, ceci est à souligner, la cure d'isolement.

Cette position sera reprise par Charcot puis par Déjerine (1855), qui mettra l'hystérie au premier plan de la structure anorexique.

Lasègue décrit en 1873 le tableau clinique de ce qu'il va appeler l'anorexie hystérique (renommée dix ans plus tard par Huchard, anorexie nerveuse). L'époque de cette description qui fera date, correspond ainsi à l'entrée en scène des névroses (de l'hystérie en particulier) dans la nosographie psychiatrique. [232]

Avec les anorexiques, Lasègue n'a pas hésité à renoncer momentanément à son savoir et à tenter d'articuler ce qu'il voyait avec ce qu'elles disaient.

C'est dans le but ambitieux de comprendre l'hystérie comme un tout, soulignent Raimbault et Eliacheff, que Lasègue préconise d'en décomposer les parties. Celui-ci explique : « *Mon sentiment est qu'on ne parviendra à constituer l'histoire des affections hystériques qu'en étudiant isolément chacun des groupes symptomatiques ; après ce travail préalable d'analyse, on réunira les fragments et on recomposera le tout de la maladie. Envisagée dans son ensemble, l'hystérie a trop de phénomènes individuels, d'incidents hasardeux, pour qu'on arrive à saisir le particulier.* » [309]

Aussi, selon Raimbault et Eliacheff, « *pour avancer dans sa recherche en abordant un sujet qui s'y dérobe, Lasègue a recours au réductionnisme, s'attaquant à un fragment d'hystérie, les seuls troubles digestifs et, parmi ceux-ci, à l'anorexie.* »

Mais l'entreprise réductionniste ne semble pas pouvoir être menée à terme. De fait, « *bien que Lasègue ait pris la précaution de souligner l'impossibilité de traiter de l'hystérie en général, il ne manque pas de s'y référer constamment. Par exemple, en évoquant son expérience concernant le comportement à attendre des hystériques, il est amené à produire le concept très général des lois de l'hystérie. Ces lois sont les conditions à respecter par le médecin s'il veut traiter avec l'hystérique.* » [309]

La première de ces lois est que « *l'excès d'insistance appelle l'excès de la résistance* », c'est-à-dire que plus on fera appel à la bonne volonté de l'hystérique pour vaincre son symptôme, moins elle y renoncera. La seconde est « *une autre loi non moins positive, que l'hystérique subit l'entraînement de son milieu.* » [309]

Nous voyons là se profiler la pratique de l'isolement. Cette pratique, nous y reviendrons, a été largement préconisée et appliquée comme seule méthode thérapeutique ou associée à d'autres techniques dans le traitement au XIX^{ème} siècle des hystériques.

Progressivement dans son travail de différenciation du tableau clinique propre à l'anorexie (qui reste encore pour lui « l'anorexie hystérique »), Lasègue rassemble ce qui demeure encore aujourd'hui les signes cardinaux de l'anorexie mentale.

Mais pour ce faire, il se voit forcé, semble-t-il, de renoncer pour l'essentiel aux attributs traditionnels des manifestations hystériques, pour ne garder, afin de sauver de justesse la similitude avec l'hystérie, qu'un seul élément, cet élément dont il dit qu'il faut tenir compte dans toutes les maladies où intervient un facteur moral, à savoir l'influence du milieu.

Pour lui, « *du moment qu'il intervient un élément moral dont l'existence est ici hors de doute, le milieu où vit la malade exerce une influence qu'il serait regrettable d'omettre ou de méconnaître.* » [309]

A ce stade, Lasègue donne lui-même les arguments permettant de dissocier l'anorexie de l'hystérie : « *L'affliction vraie, sincère (de l'entourage) a succédé aux remontrances ; par la force des sentiments autant que par les nécessités qu'inspirent les malaises nouveaux, l'hystérique a été constituée à l'état de malade, elle n'appartient plus au libre mouvement de la vie commune.* »

Raimbault et Eliacheff le soulignent avec force, il s'agit bien de l'entourage – comprenant aussi bien le médecin – qui décide ou reconnaît que la patiente est malade (« *l'hystérique a été constituée à l'état de malade* »). Ce qu'il faut comprendre ici, c'est qu'en contre-point l'anorexique, à la différence de l'hystérique, ne prétend rien de tel.

Lasègue fait ainsi de l'indifférence de l'anorexique (ou ce qu'on désigne aujourd'hui par déni) vis-à-vis de son trouble, un symptôme de la maladie. Nous savons bien ainsi, comme l'écrivent Raimbault et Eliacheff, que le « *je ne souffre pas, donc je suis bien portante* », l'anorexique le soutiendra jusqu'à la déchéance physique extrême.

Ce qui n'échappe donc pas à Lasègue, et Raimbault et Eliacheff le démontrent lumineusement, c'est qu'à contrario, l'hystérique au sens pur du terme, se soutient

d'une attitude opposée, laquelle « *"s'impose" comme malade dès le début, alors même que ses symptômes ne sont pas encore pris en compte par l'entourage.* »

Enfin, si ultérieurement l'anorexie hystérique est devenue mentale, « *il se peut que ce soit un effet de la conception théorique que Lasègue avait de l'hystérie. Pour lui ce n'est pas une névrose telle qu'on l'entendait à cette époque pré-freudienne. Il la présente comme une perversion, au double sens du terme : perversion du système nerveux central et perversion du sens moral.* » [309]

La précision apportée ici par Raimbault et Eliacheff est importante : si la perversion au sens organique ne fait aucun doute pour Lasègue, la perversion au sens moral par contre, s'applique aux hystériques en général, mais n'implique pas la reconnaissance de l'hystérie comme névrose.

Pour ces auteurs, « *Lasègue interprète le choix de l'hystérique en considérant qu'elle se place quasi consciemment devant l'alternative suivante : passer pour une malade ou pour une enfant capricieuse. L'hystérique choisit délibérément la première solution : "Une seule concession les ferait passer de l'état de malades à celui d'enfants capricieux, et cette concession, moitié d'instinct, moitié de parti pris, elles ne la consentiront jamais."* » [309]

2) J.-M. Charcot et l'hystérie : "maladie chronique particulière aux femmes"
Dictionnaire national de Bescherelle, édition de 1863) [229]

Jean-Martin Charcot est nommé médecin de la Salpêtrière en 1862. C'est donc dans un contexte socioculturel où la sexualité de la femme reconnue comme une dimension importante de son être n'en reste pas moins subordonnée toutefois à la maternité qui la légitime et en permet seule la glorification, que Charcot rencontre l'hystérie.

Il démembré avec ses élèves, notamment Déjerine, le syndrome « hystéro-épilepsie » en deux entités spécifiques.

Comme le souligne Lanouzière, dès 1870, les objectifs de Charcot ont été de « *mettre de l'ordre dans un domaine confus et établir des critères différenciant l'hystérie et l'épilepsie à cause de troublantes ressemblances entre la crise épileptique et la "grande crise" hystérique.* » [229]

Quelques années auparavant, à propos de l'hystérie, Briquet avait effectué en 1859, dans son « *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie* », une description exhaustive des plaintes somatiques, où il défendait la thèse neurologique : lésion fonctionnelle de l'encéphale d'origine émotionnelle impliquant une susceptibilité héréditaire. Mais au-delà de sa valeur descriptive, l'œuvre de Briquet insistait précocement sur le rôle causal de facteurs émotionnels, des conditions familiales et, pour un tiers des cas, de sévices infantiles.

Son entreprise consistait donc à opérer un gigantesque travail d'isolement et de classement différentiel des symptômes hystériques, de mise en ordre diagnostique, de construction de tableaux psycho-pathologiques, de reproduction de symptômes hystériques chez des sujets sous hypnose afin d'en démontrer la constance et la fixité.

Freud dans « *Résultats, Idées, Problèmes* » [157], témoigne de cette reconnaissance de l'hystérie par Charcot. « *Cette maladie nerveuse, la plus énigmatique de toutes, dont les médecins n'avaient encore trouvé à rendre compte d'aucun point de vue valable, était justement à cette époque fort tombée en discrédit, celui-ci s'étendant aussi bien aux malades qu'aux médecins qui s'occupaient de cette névrose. On disait que dans l'hystérie tout était possible, et l'on ne voulait rien croire venant des hystériques. Le travail de Charcot restitua d'abord toute sa dignité à ce sujet ; on abandonna peu à peu l'habitude du sourire méprisant auquel la malade pouvait alors s'attendre à coup sûr ; celle-ci n'était plus par nécessité une simulatrice, puisque Charcot de toute son autorité répondait de l'authenticité et de l'objectivité des phénomènes hystériques.* »

Pour Charcot et ses collaborateurs, l'année 1877 marque un tournant. La phase exploratoire des symptômes est dépassée. Il s'agit désormais d'aborder l'étude des phénomènes hystériques par l'approche expérimentale. Charcot s'inspirait en cela de la grande leçon de Claude Bernard qui, avec l'« *Introduction à la médecine expérimentale* » (1865), permettait en dépassant l'empirisme, de faire entrer la

médecine dans les sciences fondamentales... L'hystérie, comme l'écrit Trillat, « *prenait rang dans la nosographie à une place assignée à côté des autres maladies neurologiques.* » [365]

L'idéal scientifique anime l'ardeur des chercheurs et les résultats obtenus viennent conforter leur foi. Les garanties scientifiques les plus rigoureuses entourant ces expérimentations certifient pour le "Maître" les faits observés.

Mais paradoxalement, « *plus grandes étaient les précautions pour se prémunir contre les fallaces de Protée, plus les enquêteurs étaient frappés de cécité.* » [365]

On a dit et répété que Charcot et ses collaborateurs avaient été victimes des hystériques. Il serait plus juste de dire qu'ils l'ont été de l'idéologie scientiste du XIX^{ème} siècle, idéologie, écrit Trillat, « *à laquelle ils adhéraient, dont ils étaient les grands prêtres et les officiants [...] Au-delà des hypothèses vérifiées, c'est tout l'édifice idéologique qui acquiert la solidité de la pierre.* » [365]

Mais cette spirale ascendante viendra buter, à la fin du XIX^{ème} siècle, sur la morosité, le doute et le scepticisme qui s'emparent des esprits. [365]

Ainsi, selon Trillat [365], « *le scepticisme et l'opposition viendront avant tout de la Grande-Bretagne. Des auteurs notamment comme Hack Tuke interprètent bien différemment les phénomènes. Pour eux la disparition des troubles ne serait pas due à une action physique, mais à l'action psychologique, à une sorte d'autosuggestion qu'ils appellent "l'attention expectante". Il suffit de fixer l'attention du sujet sur l'apparition du phénomène pour qu'il se produise.* »

A ces objections, Charcot répond avec ses propres armes : l'expérimentation. La preuve qu'il s'agit bien de phénomènes électriques, c'est que l'anesthésie ne disparaît pas lorsque, à l'insu de la malade, on ne fait pas passer de courant dans les électrodes... [365]

- La récupération de l'hypnose.

Charcot passe à l'hypnose, par la constatation que, grâce à l'application sur la peau de métaux ou d'autres agents "oesthesiogènes" (comme l'aimant), les symptômes hystériques disparaissent.

Dans un mouvement accéléré, il va parcourir le chemin de Mesmer à Braid, du magnétisme à l'hypnotisme. L'autorité de Charcot réintroduit ainsi dans les cercles scientifiques ce courant fluide qui n'était plus exploité que par les magnétiseurs. [365]

Il s'agit de fait d'un nouveau virage qui va occuper le monde scientifique jusqu'à la fin du siècle. [365]

Par l'hypnose [229], Charcot « découvre qu'il peut à volonté, non seulement supprimer mais provoquer, déplacer, modifier toutes les manifestations hystériques. Soupçonnant un mécanisme "psychique" pathogène s'exerçant sur le corps, il voit dans les phénomènes hypnotiques, le moyen de découvrir la pathogénie de l'hystérie. »

Constatant par ailleurs que l'on peut provoquer artificiellement par hypnose des symptômes permanents identiques aux symptômes naturels non volontairement provoqués ou reproduits par l'hypnotiseur, Charcot présume l'existence d'un point commun aux deux hystéries, à l'hystérie "naturelle" et à l'hystérie artificielle ou hypnotique, permettant de comprendre la genèse des symptômes "naturels". Il attribue cette communauté au terrain, au tempérament, à une prédisposition nerveuse, à ce qu'il appelle aussi la "diathèse" hystérique. Autrement dit, en poussant un peu les choses, l'hystérie expérimentale, hypnotique, ne peut être produite que chez un sujet déjà hystérique. Il faut obligatoirement être "sous le coup de la diathèse hystérique" pour pouvoir être hypnotisé et produire des symptômes hystériques, l'hystérie "artificielle" n'étant qu'une reproduction de l'hystérie "naturelle". [229]

Seules donc les hystériques sont sensibles à l'hypnose et toute personnalité sensible à l'hypnose est hystérique, ce qui ne signifie pas pour autant que toutes les hystériques soient hypnotisables. Il en est qui résistent.

Pour Lanouzière [229], « *sous l'équivalence hystérie/hypnose, sous l'équivalence de la "grande hystérie" avec le "grand hypnotisme" – ce que Bernheim s'emploiera à réfuter en 1884 – se profile une autre équivalence faisant en quelque sorte, en dépit des auteurs, de la féminité la "diathèse" hystérique.* »

Nous verrons à ce propos, que l'idée d'un lien de forte probabilité entre "hypnotisabilité" et genèse de vomissements gravidiques a été reprise dans une étude assez récente... [11]

3) Hystérie : entre imitation et simulation

Nous ne résistons pas ici en préambule à citer Basset [21], qui écrit : « *Tout le monde connaît la tendance à l'imitation chez les hystériques, et il est assez naturel de penser, bien que nous n'en ayons pas vu d'exemple, qu'une hystérique, placée à côté d'une malade atteinte de vomissements incoercibles, dans une salle d'hôpital, par exemple, pourrait, volontairement ou involontairement, présenter des accidents analogues. Comme exemple de cette tendance, même involontaire, Mitchell cite les vomissements incoercibles qui atteindraient dans certains cas les maris des femmes enceintes. Cet auteur rapporte l'histoire d'un homme marié dont la vie déréglée était notoire. Cinq ans après son mariage, sa femme devint grosse ; celle-ci fut atteinte de vomissements qui finirent par affecter le mari qui tenait fidèlement société à la femme ; à la deuxième grossesse, les mêmes phénomènes se reproduisirent ; à la troisième, la femme cessa d'avoir des vomissements. Quant à son mari, chaque fois qu'il apprit l'état de sa femme, il fut affecté des mêmes vomissements incoercibles, qui durèrent un mois ou deux, chaque fois, et dans un cas, beaucoup plus longtemps.* »

Il n'est pas inutile ainsi de rappeler cette idée largement admise à l'époque de Charcot, qui attribuait à l'hystérie, par l'entremise de l'imitation, un certain pouvoir de contagion.

Tous les auteurs soulignent volontiers le rôle de l'imitation dans l'hystérie. Briquet écrit ainsi, dans son « *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérique* » : « *Imiter, est le privilège des femmes ; c'est surtout un des privilèges des hystériques. Il suffit qu'une*

malade ait vu une fois un geste, aperçu un acte qui l'aura frappée, pour qu'involontairement elle l'imitte. » [365]

Mais, précise E. Trillat, l'imitation n'est pas simulation. Plus tard, Dubois (de Berne) écrira en 1904 : « *L'hystérique est une actrice en scène, une comédienne ; mais ne le lui reprochons jamais, car elle ne sait pas qu'elle joue, elle croit sincèrement à la réalité des situations.* » [365]

A ce propos, Delvaux [103] évoque l'emploi de la photographie par Charcot, devenue un véritable instrument de travail à la Salpêtrière, une sorte de pièce à conviction pour l'étude et le "*repérage taxonomique*" des phénomènes hystériques.

Et Delvaux de commenter : « *Les photos permettent ainsi de saisir une fois et pour toujours l'apparence, la physionomie, la posture des malades, ce qui permet au médecin de les reconnaître et aux patients de reconnaître eux-mêmes les signes de leur maladie et de leur guérison.* »

Néanmoins, il s'interroge : « *Toutefois, un tel outil ne risque-t-il pas de favoriser les phénomènes de répétition et de mimétisme à l'intérieur comme à l'extérieur de l'asile ?* » [103]

L'emploi de la photographie a-t-il été, un moyen de diffuser un modèle figé, universel, vecteur de contagion ? On peut le penser. « *Les patientes non seulement reconnaissent dans la représentation photographique les signes de la maladies qu'elles sont censées représenter, mais elles peuvent se servir de ces modèles afin de séduire les médecins en mettant en scène la maladie qu'ils ont inventée et dont ils cherchent à prouver l'existence en la diagnostiquant.* »

Pour autant, il va de soi que l'hystérie ne peut se réduire à un désordre relevant purement de l'imitation. La multiplicité des observations l'atteste, un sujet peut manifestement présenter un trouble hystérique, sans avoir été jamais en contact avec des hystériques.

Mais dans des services comme celui de Charcot à la Salpêtrière, où hystériques et épileptiques vivaient dans la plus grande promiscuité, comment se garantir de la

contagion, des effets de l'imitation ? C'était bien là le point faible de la construction édifée par Charcot et c'est sur ce point aussi que portera l'attaque de Bernheim [365].

III - ASPECTS THERAPEUTIQUES : Du traitement moral aux prémisses de la psychothérapie

1) La réactivation de l'héritage psychiatrique du traitement moral à la faveur de l'émergence d'une nouvelle problématique des névroses.

a)- Bases historiques de la pratique de l'isolement dans l'hystérie.

Weir Mitchell tout d'abord recommande dès 1875 le traitement des maladies nerveuses par le repos absolu et la suralimentation (son livre fameux « *Fat and Blood* », rappelle Swain, est traduit en 1883 sous le titre « *Du traitement méthodique de la neurasthénie et de quelques formes d'hystérie* »). [354]

Ainsi l'idée va peu à peu s'installer [354] « *que l'élément réellement actif dans ce type de traitement, c'est moins le facteur physique qu'avait en vue son promoteur – combattre l'épuisement – que le facteur psychique mis en œuvre au travers de l'isolement. Ainsi, ce cheval de bataille des premiers aliénistes va-t-il retrouver une seconde vie. Il y avait beau temps qu'on ne prêtait plus à la réclusion des aliénés de vertus thérapeutiques particulières, l'internement se suffisant de motifs d'ordre public et de protection sociale ajoutés aux justifications médicales de l'hospitalisation ordinaire.* »

Selon Swain [354], « *le glissement de l'hystérie de l'ordre des maladies neurologiques à l'ordre des maladies mentales va renouer le fil d'une tradition ensevelie. Le premier pouvoir qu'il y ait lieu de s'assurer sur le patient "nerveux", c'est celui que confère la rupture avec le séjour coutumier et avec les relations familiales. On a l'expression très ferme de ce principe dans une leçon de Charcot en 1885, quelques mois avant l'arrivée de Freud à Paris.* »

Au cours de cette fameuse leçon intitulée « *De l'isolement dans le traitement de l'hystérie* », Charcot déclarait : « *Je ne saurais trop insister devant vous sur l'importance capitale que j'attache à l'isolement dans le traitement de l'hystérie, où, sans contestation possible, l'élément psychique joue dans la plupart des cas un rôle considérable quand il n'est pas prédominant. Il y a près de quinze ans que je suis fermement attaché à cette doctrine, et tout ce que j'ai vu depuis quinze ans, tout ce que je vois journellement, ne fait que me confirmer de plus en plus dans mon opinion. Oui, il faut séparer les enfants, les adultes, de leur père et de leur mère dont l'influence, l'expérience le démontre, est particulièrement pernicieuse. L'expérience, je le répète, le démontre absolument, bien que la raison n'en soit pas toujours facile à donner, surtout aux mères qui ne veulent rien entendre et qui ne cèdent en général qu'à la dernière extrémité.* » [66]

Mais alors qu'advenait-il, une fois obtenu le consentement des parents? Les patientes hystériques ou bien anorexiques, écrivent Raimbault et Eliacheff, n'allaient pas « *à l'asile proprement dit, mais dans des sortes de cliniques tenues par des religieuses auxquelles Charcot avait recours dans ces cas-là.* » [309]

De fait, Charcot ne passe pas sous silence cet aspect. « *Les malades sont placés sous la direction de personnes compétentes et expérimentées : ce sont habituellement des religieuses devenues par une longue pratique généralement très expertes dans le maniement de ce genre de malade. Une main bienveillante mais ferme, beaucoup de calme et de patience sont ici des conditions indispensables. Les parents sont systématiquement éloignés jusqu'au jour où, une notable amélioration s'étant montrée, on permet aux malades, à titre de récompense, de les voir, d'abord à intervalles éloignés, puis de plus en plus rapprochés, à mesure que la guérison s'accroît. Le temps et l'hydrothérapie, sans compter la médication intérieure, font le reste...* » [66]

Et plus loin : « *Je pourrais facilement multiplier les exemples, propres à mettre en lumière l'influence favorable de l'isolement bien entendu, dans le traitement de certaines maladies nerveuses non qualifiées comme aliénation mentale.* » [66]

Pour Swain « *on voit le retournement de perspective : l'isolement comme traitement moral concerne au premier chef les maladies nerveuses non qualifiées comme*

aliénation mentale. Charcot va jusqu'à une assez étrange revendication de priorité, en remarquant d'abord que c'est en somme l'isolement qui représente l'élément capital dans la méthode qu'ont préconisée depuis quelques années " MM. Weir Mitchell en Amérique, Playfair en Angleterre, Burkart en Allemagne". » [354]

En somme, ce que l'on peut retenir ainsi des propos de Charcot, c'est que de façon cruciale sont ainsi reliés les termes de « maladie psychique » et de thérapeutique « psychique ».

b)- L'essence psychique des névroses et naissance de la psychothérapie.

Swain souligne que, de nos jours, l'idée même de psychothérapie est liée « *historiquement à la détermination des névroses comme des troubles d'essence psychique.* » [354]

La publication du livre de Bernheim en 1891, « *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie* », semble consacrer l'entrée du vocable « *psychothérapie* » dans la langue médico-psychologique.

La notion de psychothérapie « *va ainsi connaître un engouement remarquable durant une vingtaine d'années qui retombera quelque peu au lendemain de la Première Guerre mondiale.* » [354]

Swain poursuit : « *Si repli il y aura dans la suite, c'est en raison du dépérissement d'un certain nombre des méthodes en vigueur et en vogue dans les années 1900, dépérissement à la faveur duquel le courant psychanalytique, ses dérivés et ses rejetons hétérodoxes en viendront à occuper de plus en plus le centre de la scène. D'abord perdue, pour ainsi dire, parmi de nombreuses autres, la technique freudienne s'affirmera comme le produit principal de cette vague inaugurale de tentatives désordonnées et contradictoires. Elle introduira irréversiblement un certain nombre d'éclairages et d'exigences dont tiendront compte, tacitement ou explicitement et parfois à leur corps défendant, la plupart des surgeons qui s'ajouteront à l'arbre des psychothérapies lors de la seconde et décisive explosion de vitalité, après 1945.* » [354]

Gladys Swain fait ainsi état des sources à partir desquelles s'est élaboré le principe de la psychothérapie.

En premier lieu, elle rappelle le courant de pensée médico-psychologique attaché à l'idée de « *l'influence de l'esprit sur le corps* ». Daniel Hack Tuke apparaît un des plus éminents représentants de ce courant qui introduit l'expression même de « *psychothérapeutique* » en 1872 dans un livre intitulé « *Illustrations of the Influence of the Mind upon the Body Health and Disease designed to Elucidate the action of Imagination* ». [354]

Cet ouvrage est traduit à une date importante, 1886, sous le titre « *Le Corps et l'Esprit. Action du moral et de l'imagination sur le physique* ». 1886, c'est l'année de la seconde édition du livre de Bernheim sur la suggestion. Reprenant ainsi dans un sens large, très voisin de l'emploi qu'en fait Tuke, Bernheim précise que « *l'esprit n'est pas quantité négligeable, il existe une psychobiologie, il existe aussi une psychothérapeutique, c'est un grand levier que l'esprit humain, et le médecin guérisseur doit utiliser ce levier.* » [354]

Il est à noter, rappelle Swain par ailleurs, que, « *chez Bernheim l'extension prêtée aux pouvoirs de la psychothérapie outrepassera toujours de beaucoup le domaine des troubles psychiques proprement dits. Si les indications principales de la suggestion vont à l'hystérie et à la neurasthénie et, au-delà, aux troubles fonctionnels en général, elles vont aussi, dans la pensée de Bernheim, en fonction de l'intervention de "l'élément psychique dans la genèse et l'évolution des maladies diverses", jusqu'à diverses maladies organiques. Une partie de ce qui deviendra la médecine psychosomatique apparaît ici se préfigurer.* » [354]

Enfin, cet effort de clarification est soutenu à l'époque par toute une série d'œuvres, de Pierre Janet à Déjerine.

D'autre part, Swain souligne que l'impulsion centrale, décisive, en matière de fondement des psychothérapies est venue, en effet, de la réinterprétation par l'École de Nancy des phénomènes hypnotiques spectaculairement promus par l'École de la Salpêtrière. Bernheim va peu à peu imposer, de 1884 à 1891, l'idée que l'état

hypnotique est « *un sommeil déterminé par la suggestion* », laquelle suggestion n'est qu'une exagération d'une disposition présente chez la plupart des individus. [354]

Reprenant à son maître Liébault ses techniques suggestives, Bernheim va déplacer l'immense intérêt suscité par une pathologie extraordinaire sur une *thérapeutique* extraordinaire.

A cet égard, la date de 1891, retenue par Swain comme celle de la naissance du concept de psychothérapie, est doublement symbolique. Car c'est aussi le 29 janvier de cette même année, que Bernheim publie dans *Le Temps*, l'article fameux qui équivaut à un constat de décès de l'hypnotisme de la Salpêtrière, assimilé, dans une formule retentissante, à un « *hypnotisme de culture* ».

« *L'état hypnotique* », écrit Bernheim, « *n'est autre chose qu'un état de suggestibilité exaltée* ». Il peut être produit avec ou sans sommeil. Le fait de base, c'est la suggestion qui correspond à une faculté naturelle du cerveau, la "*crédibilité*". La "*suggestion consiste dans l'influence provoquée par une idée suggérée et acceptée par le cerveau*" ; elle exploite une disposition que Bernheim qualifie d'" *idéo-dynamisme*" : "*Toute idée acceptée tend à se faire acte*". [354]

Aussi, selon Swain, l'apport de l'École de Nancy relevait donc de la découverte d'un *nouveau pouvoir* de l'homme sur l'homme... On était en droit ainsi d'attendre de considérables ressources d'action positive d'une exploitation raisonnée de cette disposition mobilisable chez la plupart des êtres. Pour Bernheim, « *provoquer par l'hypnotisme cet état psychique spécial et exploiter dans un but de guérison ou de soulagement la suggestibilité ainsi artificiellement exaltée, tel est le rôle de la psychothérapeutique hypnotique.* » [354]

Par ailleurs, en renonçant au procédé physique du braïdisme, Bernheim va encore plus loin. « *L'idée seule du sommeil donnée au sujet suffit à le produire* ». « *J'ai établi définitivement que le sommeil provoqué n'est pas nécessaire pour obtenir les phénomènes dits hypnotiques ; que tous ces phénomènes, anesthésie, catalepsie... effets thérapeutiques, peuvent être obtenus chez certains à l'état de veille, sans manoeuvre*

préalable, par la seule parole ». « *Pas de plus en direction de la banalisation... et de l'élargissement de la sphère potentielle du nouvel instrument.* » [354]

Swain souligne, à propos des travaux de l'Ecole de Nancy autour des pouvoirs thérapeutiques de la suggestion : « *On a peine à se figurer l'engouement mondial que connut la suggestion dans sa mode nancéienne autour de 1890.* » [354]

Du point de vue d'une histoire sociale des thérapeutiques psychiques, nul doute qu'il faille considérer l'explosion de cette mode comme le moment fécond d'une sensibilisation de l'opinion publique et du public cultivé à l'existence d'une autre médecine à laquelle le cas échéant, demander secours.

Ainsi pour Swain, les succès de la suggestion tels qu'ils ont été promus par l'Ecole nancéienne dépassent-ils largement de beaucoup le cercle des affections reconnues clairement d'étiologie psychique. Dans le cadre de ce mouvement, psychothérapie pouvait s'entendre comme « *guérison par l'esprit* » pour reprendre l'expression de Zweig, mais pas seulement *de l'esprit* : éventuellement aussi comme guérison du corps par l'esprit.

Aussi, en regard de ce flou initial dans la définition du champ d'application, la conquête de l'idée d'une « *thérapeutique pathogénique* », comme dira Déjerine, apparaît comme un moment important de la fixation du concept de psychothérapie au sens actuel. [354]

Déjerine participant donc de cette exigence de clarification intellectuelle, apporte ainsi une précision à la « *notion redoutable par ses incertitudes de "manifestations fonctionnelles"*. » [354]

Swain souligne avec soin qu'il ne faut pas oublier en effet que « *tout acquis que nous sommes à l'idée d'une maladie purement psychique, la part considérable que tenait la présentation corporelle dans la plainte névrotique, et pas seulement hystérique au début encore de ce siècle, et l'idée commune d'un continuum organo-psychique qui en résulterait pour la plupart des praticiens – troubles physiques et troubles mentaux communiquant de manière élective justement dans le cadre des névroses.* » [354]

Swain met ainsi en valeur la contribution de ce grand neurologue que fut Déjerine, « *s'agissant d'accréditer la légitimité d'une médecine correspondant dans son modèle thérapeutique aux autres branches de la médecine moderne – ce qu'est aussi la psychothérapie.* »

Et Dejerine de commenter : « *La thérapeutique depuis un certain nombre d'années subit une évolution marquée. De symptomatique qu'elle était, elle tend de plus en plus actuellement à devenir pathogénique. Le médecin ne s'attaque plus au symptôme qui, considéré isolément, n'a qu'une valeur d'indication minime ; il s'en prend aux causes mêmes des troubles en présence desquels il se trouve. Traitements pathogéniques que celui de la syphilis ou de la malaria par le mercure, traitement pathogénique que la sérothérapie, traitement pathogénique encore que la psychothérapie qui, en présence d'affections d'origine psychique, prétend les guérir par action psychique.* » [354]

c)- Hystérie, hypnose et psychothérapie.

Liébault, Bernheim et l'Ecole de Nancy : évocation d'une gloire passée

La guerre de 1870 et l'annexion de l'Alsace-Lorraine font fuir Bernheim comme nombre d'intellectuels qui se replient alors sur Nancy.

Défenseur de la méthode anatomo-clinique, champion d'une médecine scientifique, Bernheim publie en 1877 un ouvrage intitulé « *Les leçons de cliniques médicales* ». C'est ainsi que, lorsqu'il commence à s'intéresser à l'hypnotisme, il est déjà un maître incontesté sur le plan clinique.

C'est donc vers fin 1881 ou début 1882, qu'il assiste aux séances du docteur Liébault à Maréville. Liébault comme hypnotiseur est un virtuose. « *Hommes, femmes hystériques ou pas, tous dorment tranquillement sur les injonctions de Liébault* », rappelle André Cuvelier. [92]

Bien que restant réservé, Bernheim commence alors à prendre « *conscience de la force de l'esprit sur le corps.* »

1886 est ainsi l'année de la première édition de son ouvrage : *De la suggestion dans l'état hypnotique et dans l'état de veille* (à l'édition de 1886, Bernheim donnera le nouveau titre de : *De la suggestion et de ses applications à la thérapeutique*). Peu avant, donnant le ton, Bernheim déclare « *L'état hystérique et l'état hypnotique sont choses absolument différentes* ». La controverse avec Charcot et l'école de la Salpêtrière peut ainsi éclater.

Bernheim démontre dans son ouvrage à quel point « *les souvenirs enfouis peuvent toujours grâce à l'hypnose revenir à la conscience, et c'est le fait qui intéressera prodigieusement le jeune Freud lors de son passage à Nancy en 1889.* » [92]

C'est en décembre 1887 que Freud se tourne vers la suggestion hypnotique. Il s'en fait rapidement le champion, mais ne réussit pas toujours ses hypnoses et part à Nancy parfaire sa technique au cours de l'été 1889. Il est impressionné par la puissance des processus psychiques demeurés cachés à la conscience des hommes.

Après cet hommage rendu – ce que nous avons jugé important de faire – à l'œuvre de Liébault et à celle de Bernheim, qui ont donc été les maîtres de l'École de Nancy, nous tenons à reprendre le fil de notre propos en reliant la notion de psychothérapie avec ses attaches qu'elle a noué originairement avec la tradition du "traitement moral".

d)- Retour au traitement moral comme synthèse.

Dans son analyse historique de l'essor du concept de psychothérapie, Swain [354] signale qu'une réaction se fait jour devant les impasses et les problèmes de la suggestion hypnotique.

Selon elle, ce mouvement se fonde sur une triple exigence :

Tout d'abord, il semble s'agir d'une exigence d'*approfondissement* : Swain dégage que « *la réapparition rapide des symptômes après leur disparition temporaire sous l'effet de l'hypnose démontre invinciblement le caractère superficiel de ce type de traitement. Toute psychothérapie authentique devra passer par l'élucidation des racines du trouble. Elle sera une connaissance partagée en plus d'une thérapeutique*

subie, comme dans l'ordinaire de la pratique médicale. Comme l'écrit Déjerine, elle ne sera véritablement efficace que si elle arrive à "expliquer au sujet, après lui avoir fait confesser sa vie, comment et pourquoi il est tombé malade, comment et pourquoi il arrivera à se guérir". » [354]

Par la suite, il apparaît résulter naturellement une exigence de participation du patient au plan thérapeutique. S'agissant d'une maladie psychique, il ne saurait être question de traiter le malade à son insu, en cherchant à en faire un être purement passif, à la pleine disposition de l'opérateur. Il est au contraire indispensable qu'il se reconnaisse dans le processus de guérison, qu'il "*participe lui-même à sa cure, que celle-ci s'effectue, en quelque sorte, sous sa surveillance et avec son concours*". [354]

Enfin, il s'ensuit une exigence claire quant au but. Une vraie guérison psychique ne peut être, selon Swain, « *que libération vis-à-vis du mode du traitement et vis-à-vis de la personne du médecin. Il y a là un motif qui revient inlassablement chez nos auteurs. Contre l'empreinte appauvrissante qui résulte à la longue de la suggestion, "le but du [traitement psychique] doit être de rendre au malade la maîtrise de lui-même" »*. [354]

Ainsi va naître, à l'opposé de la psychothérapie par *suggestion*, une psychothérapie par *persuasion*.

De fait, « *la différence qui existe entre ces deux méthodes souligne Déjerine, est capitale. Celles-là prétendent introduire dans la conscience d'un sujet des idées nouvelles ou détruire des idées existantes, en dehors de son consentement ou de son jugement. Celles-ci veulent que l'idée nouvellement introduite soit consentie par le sujet et que s'il abandonne une conception à la faveur du traitement, cet abandon soit fait volontairement après réflexion et en toute connaissance de cause.* » [354]

On définira au final de ce raisonnement que le point de départ de la cure est la persuasion du patient de la curabilité de son trouble, de par le caractère psychique de celui-ci. « *Sans artifices, sans mensonges, en gardant en soi-même l'intention de véracité, il faut savoir inculquer au malade cette conviction qu'il va guérir. Il faut au médecin le don de persuasion...* » [354]

Nous voyons que ses réflexions nous conduisent au centre de notre recherche concernant le courant théorique sur lequel semble-t-il s'est fondée la mise en œuvre de la pratique de l'isolement des femmes atteintes de vomissements gravidiques sévères, pratique étayée sur l'idée du pouvoir thérapeutique de la suggestion, mais peut-être beaucoup trop orientée selon un point de vue idéologisant en lien avec le modèle princeps de l'hystérie "fin XIX^{ème}"....

Il sera certes judicieux de faire la synthèse de ses considérations ultérieurement, au moment de traiter spécifiquement la question de l'isolement dans cette indication.

Concernant le problème de la persuasion ou de la suggestion comme principes psychothérapeutiques, Swain attire notre attention. « *Là réside évidemment à nos yeux le point aveugle de ce " rationalisme"*. [354]

Selon elle, il ne fait pas de doute qu'ici, « *tout est suspendu au poids affectif acquis par le médecin auprès de son malade. Dubois a sur ce point des formulations révélatrices : « Il faut que le médecin sache s'emparer de son malade. Il faut que, dès le début, il s'établisse entre eux un lien puissant de confiance et de sympathie. Aussi la première entrevue est-elle sous ce rapport décisive [...] Nous devons, nous praticiens, manifester à notre malade une sympathie si vivante, si enveloppante qu'il aurait vraiment mauvaise grâce à ne pas guérir. Quand le malade constate cet état d'âme chez le médecin, il est déjà bien avancé sur le chemin de la guérison. Il est comme "envoûté" par une pensée charitable... »* [354]

Etrange cheminement pour la raison qu'un enveloppement qui est presque un envoûtement ! s'exclame Swain. [354]

Déjerine quant à lui affirmera avec lucidité que ce n'est pas l'élément rationnel qui intervient efficacement dans la psychothérapie mais l'élément affectif. « *On ne guérit pas un hystérique...on ne change pas leur état mental par des raisonnements, par des syllogismes. On ne les guérit que lorsqu'ils arrivent à croire en vous. C'est que, en effet, la psychothérapie ne peut avoir d'action que lorsque celui sur laquelle vous l'exercer vous a confessé sa vie entière, c'est-à-dire lorsqu'il a en vous une confiance absolue.* » [354]

Pour Swain, cette insistance sur le facteur émotionnel, affectif, qui n'a rien d'original par rapport à la tradition du traitement moral, en constitue néanmoins « *un retour plus complet, plus réfléchi à sa logique d'origine – celles des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale, pour reprendre l'expression d'Esquirol. Le langage est plus moderne, l'idée est en dernier ressort la même.* » [354]

Swain en conclut que « *l'approfondissement par rapport au passé se situe ailleurs : dans la recherche nécessairement embarrassée, d'un moyen de pouvoir du médecin sur son patient qui soit aussi puissant si ce n'est plus puissant que celui procuré par la suggestion, mais qui simultanément respecte l'autonomie et la conscience de l'individu.* » [354]

Ce moyen, c'est ce que Déjerine appelle "*la confiance absolue*", qui est, en fait, l'amour, comme il le reconnaît lui-même. Le talent qui fait le psychothérapeute est, selon lui, celui de "*savoir se faire aimer*".

Le processus psychothérapique, pour Déjerine, s'étaye donc sur l'aveu libérateur, par la mobilisation chez le patient de ses capacités d'"*émotion sthénique*". Il revendique explicitement à ce sujet la filiation avec la confession religieuse. « *C'est l'état émotif que provoque l'aveu qui exerce ici son action sthénique et ils étaient de profonds psychologues, ceux qui instituèrent la confession comme une pratique religieuse capitale. On dit communément qu'une faute avouée est à moitié pardonnée. Nous dirions volontiers qu'on se pardonne la faute que l'on a avouée. Et c'est cette action libératrice que le médecin doit avant tout rechercher.* » [354]

IV - L'HYSTERIE, LES PREMIERS PSYCHANALYSTES ET LES VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE : UNE VOLONTE D'ILLUSTRATION DU MODELE THEORIQUE.

1) Les premiers grands pionniers de la psychanalyse et les vomissements de la grossesse : entre intuition clinique et passion de la théorie.

Ce chapitre est à n'en point douter une étape clef de notre étude. Il va nous permettre de montrer à quel point la question des vomissements gravidiques et plus largement la vie psycho-sexuelle de la femme ont été colonisées par la pensée psychanalytique naissante, laquelle lui a imposé, sous l'angle de la théorie des phénomènes hystériques, une lecture typiquement doctrinaire.

Bien entendu, nous précisons qu'il ne s'agit là en aucun cas d'un réquisitoire cinglant contre la psychanalyse. Mais il est évident que notre illustration tendra vraisemblablement à démontrer les excès dommageables qu'une discipline émergente, par la force de ses convictions conceptuelles peut engendrer.

Ferenczi dans son article "*Phénomènes de matérialisation hystérique*", se référant à la notion freudienne des "théories sexuelles infantiles", rappelle que l'inconscient, ramenant la grossesse à l'incorporation d'une substance par la bouche, « *peut produire une grossesse imaginaire au moyen de tours de force appropriés, exécutés par la musculature de l'estomac, de l'intestin* » [145]

Ferenczi postule ainsi au sujet des vomissements gravidiques que ceux-ci, du point de vue du psychanalyste, peuvent recevoir une explication presque évidente. Leur apparition dans leur forme incoercible traduit une « *tendance à la défense ou à l'expulsion, dirigée contre ce corps étranger, le fœtus, dont la présence est inconsciemment ressentie dans l'utérus mais qui, suivant le modèle éprouvé, est déplacée "du bas vers le haut" et aboutit à l'évacuation du contenu gastrique.* »

Ferenczi ajoute que « *les vomissements ne cessent que dans la seconde partie de la grossesse, lorsque les mouvements de l'enfant ne permettent plus, même aux hystériques, de nier la localisation génitale des modifications et des sensations*

éprouvées, autrement dit lorsque le Moi de l'hystérique se résigne, qu'il accepte la réalité inéluctable et renonce à l'enfant "stomacal" fantasmatique. »

Dans son article "Psychanalyse et gynécologie", Karl Abraham évoque en préambule les mécanismes de formation des symptômes névrotiques et en particulier ceux de nature hystérique et fait allusion par ailleurs aux vomissements gravidiques qu'il soumet à une interprétation. Pour lui, « *Les vomissements de la grossesse sont partiellement déterminés par une résistance inconsciente à porter l'enfant jusqu'à terme.* » [2]

Concernant le présupposé psychanalytique de l'existence dans nombre de situations pathologiques d'une hostilité (inconsciente) de la mère pour l'enfant qu'elle porte ou qu'elle a materné, Abraham ajoute ainsi plus loin : « *La variété des symptômes dus à un rejet inconscient des tâches féminines démontre amplement l'importance de ce point de vue, rejet que la psychanalyse a été la première à estimer selon son rôle [...]. Tous les signes que nous mentionnons ici se trouveront soit associés avec des symptômes organiques gynécologiques, soit comme substituts. Il est clair que dans l'un et l'autre cas, une véritable compréhension des processus pathologiques n'est possible que grâce à l'optique psychanalytique. Ces exemples suffiront à convaincre le gynécologue de l'intérêt des points de vue psychanalytiques pour sa spécialité.* »

Deutch quant à elle signale que « *Les motions ambivalentes, déjà apparues pendant le coït, des phases ultérieures du développement s'intensifient tout au long de la grossesse. Le conflit d'ambivalence relevant de la phase orale tardive de développement (Abraham) s'exprime par la tendance à réexpulser - par voie orale - l'objet incorporé.*

Cette tendance se manifeste par les vomissements et les éructations typiques de la grossesse, les envies alimentaires bizarres... » [111]

La critique du modèle psychanalytique est développée par P. Romito.

En fait, Romito s'est intéressée plus particulièrement à la dépression du post-partum.

Selon Romito, « *l'interprétation psychanalytique des nausées et des vomissements de la grossesse donne un autre bon exemple de la façon dont les psychanalystes considèrent les mères. La croyance psychanalytique la plus répandue dans ce domaine est que les vomissements sont une manifestation du rejet de la féminité, d'un refus inconscient d'être enceinte et, même plus, de l'ambivalence de la mère, partagée entre des sentiments contradictoires : le désir d'avoir un bébé vivant et le désir qu'il meure (Menninger, Weiss et English).* » [322]

Romito ajoute que « *cette indécision maternelle quant à l'état du bébé serait de même, selon des psychanalystes et des gynécologues de formation psychanalytique, à l'origine de beaucoup de naissances prématurées ainsi que des cas de natimortalité.* »

Romito précise par ailleurs que « *la croyance que les vomissements de la grossesse ont une origine psychologique n'est pas limité au milieu des psychanalystes. Dans un manuel d'obstétrique (Benson, 1972), cette condition est classifiée comme une névrose et est attribuée à la rancœur, l'ambivalence et l'incapacité des femmes mal préparées à la maternité.* »

2) La mère maléfique et la mauvaise mère.

Tout comme il a été communément admis que les femmes présentant des vomissements gravidiques se caractérisaient par une personnalité de type immature avec plus ou moins des traits hystériques, une suspicion a de même longtemps nimbé ces femmes d'être potentiellement de mauvaises mères.

D'évidence, à en croire un certain courant d'idées, étiquetées comme hystériques, ces patientes révéleraient ainsi par le symptôme des vomissements gravidiques, un rejet de leur grossesse. Le corrélat alors obligatoire vient accoler de fait à ces femmes l'image de mauvaise mère, ce d'autant que le rejet (inconscient ou non) supposé de la grossesse, annoncerait un trouble la relation d'attachement de ces femmes à leur bébé.

Il nous faut ici bien discriminer ce qui peut relever du sens clinique (référé à une démarche scientifique) et ce qui a prévalu comme discours idéologique. Il s'agirait de

ne pas céder à une forme de manichéisme et ainsi occulter le travail élaboratif qui, de notre point de vue, s'inscrit dans l'"écriture psychanalytique" du symptôme.

Nous verrons ainsi que les données actuelles tendent à laisser penser que les femmes souffrant de vomissements sévères gravidiques sont une population à risque quant à l'établissement d'un lien insécure avec le bébé...

Carlioni et Nobili [61] évoquent le syndrome de refoulement d'idées filicides inconscientes. Selon ces auteurs, le syndrome de refoulement de fantasmes filicides inconscients, se rencontre le plus fréquemment *« dans les névroses phobico-obsessionnelles : la phobie du sperme, du fœtus, et, encore que ce soit moins courant, des enfants eux-mêmes, conçus comme des entités mauvaises, des petits parasites, des rongeurs, des sangsues, des hôtes envahissants et indésirables, des êtres démoniaques, des lutins maléfiques, des vampires insatiables »*.

Carlioni et Nobili ajoutent : *« Tout se passe comme si la femme enceinte oscillait entre des sentiments euphoriques d'enrichissement et des sentiments dépressifs d'appauvrissement. D'un côté la maturation sexuelle certifiée, le sentiment de complétude et d'autosuffisance, la hausse du prestige et de l'estime de soi, l'assouvissement d'anciennes envies et de jalousie, la réalisation concrète, exaltante, du rêve d'être deux en un. De l'autre côté, la nostalgie de la jeunesse et de la dépendance, l'angoisse de la liberté perdue, le sentiment d'irréversibilité, la menace de nouvelles et lourdes responsabilités, la crainte de se sentir riviée à des tâches sans fins, à un esclavage sans espoir, la peur de devoir perdre sa beauté, son agilité, sa valeur érotique, de tomber malade, de se déformer, de mourir. Ces angoisses même si elles sont improbables et non fondées, serviraient à nier, à masquer ou rationaliser cette hostilité et cette révolte contre les enfants [...] tandis que certains symptômes bizarres et gênants – comme les vomissements et les envies – constitueraient respectivement la traduction somatique et l'élaboration superstitieuse du même conflit de base entre le désir d'éliminer et la tendance à protéger le fœtus, entre l'aversion ou le refus inconscient et l'exigence consciente de créer, de protéger, de grandir : devenir mère, donc génitalement mûre, tout en étant encore aux prises avec d'intenses inclinations*

anales, visant à expulser l'enfant comme un excrément ou à l'incorporer comme une nourriture. »

Enfin, Monique Schneider [332] fait l'hypothèse, que les prémices freudiennes se sont parfois étayées, sur la figure mythique de la mère maléfique. Ainsi s'interroge Schneider : « *Focaliser l'agressivité contre une figure de mère maléfique, serait-ce l'un des ressorts du remaniement thérapeutique ?* ». En effet, dans "Un cas de guérison par l'hypnose", rappelle Schneider, Freud rencontre une mère en difficulté, qui ne peut pas nourrir son nouveau-né. L'intervention de Freud par l'emploi de la suggestion hypnotique parvient à débloquer la situation. Monique Schneider souligne qu'il est de fait intéressant de voir que Freud pour ce faire, suggère une accusation, transférant le refus de nourrir à la génération précédente : « *c'est la mère de la mère qui est posée comme refusant de nourrir son enfant.* »

Monique Schneider établit par ailleurs un lien entre l'expérience de la maternité et celle du sommeil hypnotique. Celle-ci reprend la figure de "Psyché" telle qu'elle apparaît dans le texte d'Apulée "L'âne d'or". Schneider repère ainsi que la dessaisie amoureuse que ce conte met en scène est cependant de même tissée dans la dessaisie maternelle : « *une maternité vécue dans une multiplication des lieux : se vivre comme espace porteur, mais tout autant comme vie elle-même portée. Le texte de "Psychée" malmène sérieusement les points de repères dont nous nous servons habituellement pour approcher l'expérience maternelle. Disparaît l'image de la citadelle fortifiée, image à partir de laquelle on constitue la femme dite enceinte, pour mettre l'accent sur l'errance au sein de laquelle se découvre un espace. Devenir mère est- ce habiter là où habite l'enfant qu'on porte ?* »

Donc selon Schneider le lien entre maternité et hypnose renvoie dans le texte d'Apulée à la sanction imposée à Psyché de tomber dans le sommeil comme punition de son désir de voir : « *elle a elle même ouvert la boîte qu'elle est allée chercher aux Enfers, boîte d'où s'échappe un sommeil de mort.*

[...] Là, épongeant avec soin le sommeil, il [Amour] le remit à sa place, dans la boîte où il se trouvait et réveilla Psyché en la piquant, sans lui faire mal, avec l'une de ses flèches. »

Selon Schneider, le risque existe ainsi d'une idéalisation de la maternité tant est idyllique l'atmosphère de ce conte. Cependant l'auteur ne manque pas de souligner la mise en rapport « *de cette figure du maternel et les représentations défensives que l'approche psychanalytique a besoin de mettre en place pour conjurer le vertige.* »

Schneider conclut : « *Est-ce rassurant de se représenter une mère elle-même égarée, désorientée dans son propre espace, une mère errant à la recherche d'un espace lui-même porteur, mère qu'on pourrait dire à la recherche d'un ventre ? [...] le conte ferait ainsi advenir , moins l'image de la mère originaire que l'expérience au sein de laquelle se déploie l'apprentissage de la maternité, apprentissage invitant la mère à "flotter" [...] entre l'occupation d'une position porteuse et l'occupation d'une position portée. Psyché viendrait nous révéler l'enfance du maternel.* »

3) De la femme hystérique à la femme immature.

Dans la deuxième partie du XX^{ème} siècle, nous voyons ainsi s'opérer peu à peu un glissement de l'image de l'hystérique vers l'image de femme immature, dépendante...

Nous trouvons l'écho de cette transposition à travers le discours médical tel qu'il se déploie au cours des années 50 et 60. [333]

Il reste cependant, même si l'on n'est jamais très éloigné d'une certaine forme de stigmatisation, que cette "nouvelle rhétorique" annonce, nous semble-t-il, une volonté d'un accompagnement de la maternité sur un plan psychoprophylactique.

Ce discours néanmoins n'a pas manqué de susciter chez certains auteurs, tel Romito [322], l'envie de se livrer à une fronde envers la psychanalyse et les psychanalystes. Sans toutefois avoir la volonté de nous engouffrer dans ce sillage, nous souhaitons relever quelques linéaments de ce que nous pensons avoir été une forme de rhétorique. Nous pensons ainsi qu'un discours médico-social en somme "idéologisant"

s'est tenu sur une certaine catégorie de femmes considérées selon des critères *a priori* comme à risque de présenter un trouble psychique, à l'occasion de l'expérience de la maternité.

Selon Patrizia Romito, les psychanalystes ont stigmatisé comme infantiles, immatures, égoïstes, narcissiques et névrosées les femmes qui préfèrent ne pas avoir d'enfants (Deutsch, 1954 ; Bettelheim, 1965 ; Chertok, 1966).

Dans les deux ou trois dernières décennies, à travers la littérature gynécologique, voire psychiatrique et psychanalytique quant à ce qui touche à la question des fonctions sexuelles et de reproduction chez la femme, il est notable ainsi de repérer un glissement insensible de la femme hystérique à la femme immature.

Haynal et Pasini [198] qualifient d'infantiles, dépendantes et suggestibles et d'hystériques les femmes présentant des vomissements gravidiques.

On pourrait encore trouver bien d'autres exemples notamment dans la littérature psychiatrique et gynécolo-obstétricales. [63] [104]

Par ailleurs, notons-le, de manière surprenante, le qualificatif d'immature et de dépendante n'est-il pas de même attribué aux femmes qui présentent des menaces d'accouchements prématurés. [297]

Citons enfin Delaisi De Parseval et Lallemand [99], lesquelles écrivent que jusque dans les années soixante-dix : « *On présente souvent la future mère comme une petite fille, un être irresponsable dont l'entourage doit prendre soin ; sa faiblesse, sa vulnérabilité physique et psychique sont montées en épingle dès le début du siècle [...]*

L'étrange convalescente qu'est la femme enceinte peut ainsi facilement devenir le prototype de la malade mentale. »

Ainsi, égrenant les multiples manifestations nerveuses, occasionnées selon le discours médical, par l'état de grossesse, Delaisi De Parseval et Lallemand écrivent : « *à un degré de plus, on peut constater des manifestations du type hystérique, par exemple, dans une certaine mesure, les vomissements de la grossesse lorsqu'ils deviennent sévères. La thérapeutique toujours pratiquée n'était-elle pas l'isolement ?* »

3^{ème} PARTIE

<p>UNE ETUDE HISTORIQUE DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES</p>

I - APPROCHE CHRONOLOGIQUE

1) L'Antiquité

Les vomissements du début de la grossesse sont connus depuis longtemps. Il est en effet classique de faire remonter leur description princeps sur un papyrus datant de 2000 ans avant J.C. (papyrus appartenant à la collection Petrie). Hippocrate les qualifie quant à lui de "*maux de cœur*". [141]

Parmi les premières observations qui nous sont parvenues, celle de Soranos d'Ephèse par sa précision reste une des mieux connues. [141]

Les vomissements gravidiques selon Soranos d'Ephèse

Soranos est né à Ephèse en Asie Mineure probablement dans la seconde moitié du 1^{er} siècle de notre ère. Il exerça la médecine à Rome sous le règne des empereurs Trajan (98-117) et Hadrien (117-138) et mourut alors que naissait Galien, au début du 2^{ème} siècle. Le texte original de sa « Gynécologie » a été rédigé en grec et s'avère un reflet de la pratique la plus élevée de la gynéco-obstétrique antique. Remaniée au fil de multiples traductions et compilations, l'œuvre de Soranos est restée vivante et s'est transmise à travers le Moyen Âge jusqu'au XVI^{ème} siècle. [141]

Soranos décrit les nausées et vomissements de la grossesse qui, selon lui, débutent environ vers le cinquième jour et persistent jusqu'au quatrième mois. Il est un des premiers à faire l'hypothèse d'une relation entre le sexe du fœtus et le degré d'intensité des vomissements. S'il s'agit d'un fœtus de sexe masculin, il pense que la grossesse présentera une plus grande tendance aux vomissements. [141]

Par ailleurs, il apparaît manifeste que Soranos avait de son temps déjà repéré la possibilité de formes graves de vomissements gravidiques et fait un inventaire des signes de gravité.

La clinique des vomissements gravidiques selon Soranos

Le syndrome décrit par Soranos sous l'étiquette de "kissa" regroupe les vomissements gravidiques, l'hypersalivation et les envies de mets insolites. [259]

En voici, selon lui la chronologie. *« L'affection qui touche les femmes enceintes au cours du deuxième mois a reçu le nom de "kissa"; si on l'appelle ainsi, c'est, pour certains, par comparaison avec un oiseau dénommé lui-même "kissa" (pie) ; ce volatile est, en effet, bien connu pour la variété de son chant, comme sont eux aussi changeants les désirs occasionnés par l'état en question ; pour d'autres, c'est d'après le nom du lierre "kissos", qui est en effet varié dans ses entrelacs. Le "kissa" survient chez la plupart des femmes enceintes environ vers le quarantième jour, et évolue en général jusqu'à la fin du quatrième mois ; chez certaines, il vient plus tôt, ou plus tard ; dure chez les unes moins longtemps, chez les autres plus longtemps ; dans de rares cas, il dure jusqu'aux couches, dans d'autres au contraire il ne se manifeste pas du tout. »*

Concernant la symptomatologie, Soranos dit du "kissa" que *« les femmes en proie à cet état ont l'estomac comme chaviré, rempli d'humeurs, et sont en proie à des nausées (de l'agitation, des vomissements tantôt alimentaires, tantôt bilieux ou glaireux) ; un manque d'appétit vis-à-vis de tous les aliments ou de certains d'entre eux seulement, mais aussi des envies pour des mets insolites terre, charbon, vrilles de la vigne, fruits verts et acides... Elles ont mauvaise mine, des malaises, des aigreurs, des digestions lentes et une altération rapide des aliments ; certaines après toute absorption de nourriture, ont la tête lourde et douloureuse, des vertiges, de la difficulté pour avaler, des aigreurs fréquentes ; elles sont pâles, affaiblies, constipées ; d'autres ont l'estomac ballonné, le thorax douloureux, parfois même de courts accès de fièvre, et une enflure superficielle les vaisseaux gonflés étant chez les unes verdâtres, chez les autres livides d'autres encore ont un épanchement de bile d'allure ictérique. Elles salivent constamment et souffrent de brûlures gastriques. »* [259]

Les conceptions physiopathologiques de Soranos

La cause des manifestations digestives de la grossesse est la grossesse elle-même, considérée comme une cause de "déséquilibre prolongé des humeurs". Soranos enseigne, soulignent Y. Malinas et D. Gourevitch, « *que l'accumulation mensuelle de sang dans l'utérus et dans son environnement immédiat constitue une provision de nourriture pour un éventuel embryon. En l'absence de conception, le sang inutile est évacué chaque mois par les règles et le corps est purifié. Dans le cas contraire, l'embryon puise dans les réserves pour sa croissance mais ses besoins sont faibles au début de son développement si bien qu'il est incapable de consommer tout ce qui est à sa disposition. Alors l'excès de sang se trouve "refoulé vers le haut et perturbe l'estomac dont la sensibilité est exacerbée". La pléthore et la congestion qui résultent de cette migration provoquent la sécrétion d'un liquide aqueux dans la cavité gastrique.* » [259]

Au-delà de cette première approche physiopathologique, Y. Malinas et D. Gourevitch observent que la pathogénie des vomissements gravidiques selon Soranos se révèle cependant bien plus complexe. « *D'une part, en effet, il y a des variations individuelles que l'auteur fait remarquer mais laisse inexplicées. D'autre part, si la cavité gastrique est bien distendue par la sécrétion, il s'en faut pourtant que le vomissement soit exclusivement d'origine mécanique. A plusieurs reprises, Soranos insiste sur le caractère toxique et irritant des humeurs sécrétées et ces deux caractères méritent quelques éclaircissements.* »

Ainsi, à propos de cet "élément toxique", Y. Malinas et D. Gourevitch en dégagent deux dimensions :

- L'intoxication endogène :

« *Le sang des règles, destiné à accumuler des matières de réserve (ulai) pour l'embryon est aussi un moyen de débarrasser l'organisme de produits toxiques : l'utérus est un émonctoire au même titre que les reins ou ola peazu. Le sang qui reflue vers l'estomac est celui-là même qui serait évacué par les règles en l'absence de grossesse. Les*

humeurs délétères dont il est chargé exagèrent la sensibilité gastrique et irritent l'organe qui se contracte pour le rejeter ».

- L'inflammation :

« Toute inflammation de quelque intensité, qui résulte d'une répartition anormale d'une de ces humeurs dont la description remonte au Corpus hippocratique, – ici le sang – retentit en effet sur l'équilibre des autres, attirant au foyer enflammé la bile ou le phlegme. La première vient du foie voisin, la seconde du lointain cerveau, et elles s'accumulent dans l'organe congestif. Le phlegme, humeur froide, a pour mission de tempérer la chaleur de l'inflammation. »

Comment interpréter aujourd'hui la pathogénie de Soranos ?

Pour Y. Malinas et D. Gourevitch, il n'est bien sûr plus possible de nos jours d'imaginer que l'embryon se nourrit d'un sang toxique, *« bien que la réputation de toxicité du sang des règles ait fait une belle carrière »* . Aussi, *« ce serait une erreur d'interprétation de croire que, selon les Anciens, l'embryon se nourrit directement du sang des règles. En fait, toujours selon eux, il y puise des produits sélectionnés, nullement toxiques que Soranos appelle lui "ulai". Ce prélèvement concentre du même coup les "produits toxiques", les "humeurs nocives", dans le sang qui n'a pas été évacué par les règles et sera "refoulé par l'estomac".*

Ces conceptions physiopathologiques sont restées vivaces en dépit de la découverte de la circulation sanguine. Aussi, pendant longtemps après Soranos pensera-t-on encore que le fœtus, en puisant dans le sang maternel les éléments nutritifs dont il a besoin, produit et entretient en retour une toxicité du sang maternel, phénomène d'autant plus aggravé que le fœtus rejette des "déchets" dans la circulation. [259]

Ce n'est pas autrement que les accoucheurs du XIX^{ème} siècle l'entendaient, *« qui groupaient sous le nom de "toxémie précoce" les accidents, – en général bénins –, du début de la grossesse ; et sous celui de "toxémie tardive" les convulsions, qui*

surviennent plus tardivement, et que la nomenclature internationale appelle, aujourd'hui encore, "toxémiques"... selon une pathogénie bimillénaire. » [259]

Par contre, selon Y. Malinas et D. Gourevitch, pour Soranos, les choses en iraient très différemment. « *Le sang, qui n'a pas pu déposer toutes ses "ulai", ses éléments nutritifs, stagne avec ses humeurs toxiques, et c'est une heureuse circonstance qu'il puisse être refoulé vers l'estomac qui saura les évacuer. Lorsque vient le temps d'une consommation fœtale suffisante, le sang cesse de stagner, et il se produit, au contraire, un appel du sang vers l'utérus ainsi qu'une translation vers les organes ordinaires d'épuration par les vaisseaux habituels. Selon les Anciens, rappelons-le, la circulation n'est ni continue ni orientée, mais se fait, à travers le réseau veineux, dans un sens ou dans l'autre selon les états d'équilibre ou de non-équilibre qui prévalent entre les différentes parties du corps. » [259]*

2) Avant le XIX^{ème} siècle

L'ouvrage de Jacques Guillemeau, "*De l'heureux accouchement des femmes*" datant de 1609, fait allusion à l'association de vomissements avec le début de la grossesse. [141]

De même, l'accoucheur François Mauriceau dans son ouvrage "*Des maladies des femmes*", publié en 1697, fait état de vomissements caractéristiques du début de la grossesse. [141]

En 1779, William Smellie, dans le volume II de son traité théorique et pratique destiné aux sages-femmes (midwifery) donne son point de vue sur l'étiologie et le traitement des vomissements gravidiques. « *La première plainte en rapport avec l'état de grossesse concerne les nausées et les vomissements lesquels peuvent débiter chez certaines femmes très précocement après la conception et se poursuivre fréquemment jusqu'à la fin du quatrième mois. Beaucoup de femmes sont plus ou moins affectées par ces symptômes, en particulier le matin. Celles qui seront épargnées à l'occasion de telle grossesse pourront très bien en souffrir violemment lors d'une autre grossesse. Chez une minorité les symptômes persisteront tout au long de la gestation. » [141]*

Et d'ajouter : « *Les vomissements modérés sont sans conséquences dangereuses... Dans les cas sévères par contre, il existe un risque de fausse-couche.* » [141]

Enfin, selon Fairweather [141], Kerkring (1706) semble avoir été un des premiers à avoir rapporté le décès d'une femme enceinte d'un ictère associé à des vomissements.

Il faut donc attendre la deuxième partie du XVIII^{ème} siècle pour voir reconnaître le cas de décès déterminé par des vomissements gravidiques incoercibles, la cause pouvant être parmi d'autres, l'inanition. De fait, Vaughan rapporte en 1789 le cas d'une femme traitée par alimentation per-rectale. [141]

3) Le XIX^{ème} siècle

Cité par L. Sendral [334], M. Pinard écrit dans un article intitulé "*Des vomissements de la gestation*", publié dans les *Comptes rendus de la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie de Paris* (juillet 1909) : « *Les grands accoucheurs du XVII^{ème} siècle, Mauriceau, de la Malte, etc. ne font guère que reproduire et commenter les aphorismes hippocratiques ou les préceptes d'Aristote. Si quelques-unes de leurs observations sont relatives à des femmes enceintes ayant eu des vomissements répétés et continus, il n'en est pas un mentionnant un cas de mort. Assurément, il eût été étrange que Mauriceau se montrât, dans son chapitre "Du vomissement de la grossesse", simple compilateur... Il a reconnu que ces vomissements continuent souvent jusques aux troisième et quatrième mois de la grossesse... après quoi ils commencent à cesser...* »

M. Pinard poursuit : « *Depuis le XVIII^{ème} siècle jusqu'au milieu du XIX^{ème}, les accoucheurs n'ont guère fait que reproduire la doctrine de Mauriceau. Tous répètent la même chose sur les vomissements de la grossesse, qu'ils considèrent, du reste, comme un phénomène sympathique ne pouvant avoir aucun résultat fâcheux...* »

En somme, pour L. Sendral, il n'est pas question de vomissements entraînant la mort. « *Nous arrivons à 1846, d'après Pinard, pour trouver les premiers cas cités par les auteurs...* » [334]

Sendral observe que, de 1852 à 1880, peu de travaux sont consacrés à la question des vomissements de la grossesse. Mais, et Pinard en fait état, « *à partir de 1880, éclosent en nombre des travaux ayant pour titre Vomissements incoercibles.* »

De même, Sendral souligne l'intérêt alors croissant à la fin du XIX^{ème} siècle pour les vomissements graves de la grossesse. « *Depuis quelques années, le vomissement devient une préoccupation très fréquente des accoucheurs : témoin les communications de plus en plus tragiques évoquant des tableaux d'avortements et de mort.* » [334]

On doit à Paul Dubois [141], la première description devenue classique des vomissements dits "pernicieux " de la grossesse, qu'il divisa ainsi en trois stades :

1) - Des vomissements irréductibles sont associés à une importante perte pondérale avec la présence fréquente d'une hypersalivation et d'une raréfaction des urines alors que le pouls peut déjà être accéléré.

2) - Les vomissements s'aggravent ainsi que la perte de poids et l'haleine devient très acide et fétide. Le pouls s'accélère davantage et une légère hyperthermie peut apparaître.

3) - De façon transitoire une amélioration apparente survient avec cessation des vomissements, prélude à l'apparition d'un état de délirium précédant de peu le décès à l'issue d'un coma ou de convulsions.

Simmons fut le premier en 1813 à décider de l'avortement afin d'enrayer les vomissements [141]. Mais ce n'est qu'à partir de 1852 que fut admis comme justifié ce type de procédure après discussion devant l'Académie de Paris quand Dubois et Danyau en soutinrent non seulement l'opportunité mais l'urgence devant les cas sévères.

La monographie consacrée par Guéniot en 1863 reste une contribution importante à l'étude des vomissements gravidiques. L'auteur a collecté ainsi dans la littérature 118 cas de vomissements pernicieux émaillés de 46 cas de décès et les a soigneusement analysés du point de vue de l'étiologie et du traitement. [141]

II - APPROCHE THEMATIQUE

1) Mortalité maternelle et hyperhæmesis gravidarum

Ce n'est donc que vers la fin du XVIII^{ème} siècle qu'est reconnu le risque potentiel de mortalité associé aux vomissements sévères gravidiques. A cette époque prévalait l'hypothèse selon laquelle les cas de décès rapportés dans ces conditions étaient la conséquence d'une forme de « toxémie ».

Les études autopsiques conduisent à une connaissance anatomo-pathologique des causes du décès

En 1968, Fairweather [141] souligne que cinquante ans en arrière, l'hyperémèse gravidique était une pathologie associée à un important taux de mortalité.

C'est ainsi qu'en 1879, J. Matthews Duncan rapporte pour la première fois le cas d'une nécrose hépatique dans le cadre de vomissements perniciose gravidiques [141].

Sheehan, cité par Fairweather [141], apporte une importante contribution par une étude autopsique de 19 patientes décédées suite à des vomissements gravidiques. Conséquences directes d'une dramatique dénutrition, diverses lésions sont ainsi mises en évidence :

- une atrophie cardiaque,
- des lésions rénales avec altérations mitochondriales (surcharge lipidique) au niveau du tube contourné proximal,
- diverses lésions au niveau hépatique (lesquelles sont apparues similaires à celles identifiées dans certains cas de décès par dénutrition, par ex. : cas de prisonniers japonais morts de faim au cours de la seconde guerre mondiale),
- dans les cas de complications neurologiques, sont retrouvées des lésions cérébrales, à rapprocher de l'encéphalopathie de Gayet-Wernicke (par ex. : lésions typiques de la paroi capillaire, petites hémorragies symétriques des

corps mamillaires, au niveau de la paroi du 3^{ème} ventricule formé par le thalamus...),

- dans quelques cas enfin, il peut être noté des lésions hémorragiques rétiniennes dont l'étiologie est identique à celle semble-t-il des lésions cérébrales.

D'après Fairweather [141], il faut attendre les premiers progrès décisifs de la réanimation médicale, vers 1941, pour voir chuter considérablement le taux de mortalité lié à l'hyperémèse gravidique.

Il est ainsi bien établi depuis quelques décennies que, dans la plupart des cas, les causes de décès sont liées à de graves perturbations de l'équilibre hydro-électrolytique et en particulier à une extrême déperdition en ions potassium.

Les statistiques données par Fairweather [141] en témoignent. En Grande-Bretagne en effet, de 1951 à 1960, la mortalité en rapport avec l'hyperémèse gravidique, était approximativement de 3 pour 1 million de naissances, contre 159 pour la période entre 1931 et 1940.

En France, Hartmann à Nancy [195] donne comme statistiques :

- De 1920 à 1934 : 4 cas de décès sur un total de 74 cas
- De 1940 à 1954 : 1 décès parmi 143 cas.

La chute de la mortalité en rapport avec les vomissements graves de la grossesse se confirme dans les années 1950.

Ainsi, Rivière et coll., recensant les cas de décès liés à l'hyperémèse gravidique entre 1950 et 1957, parmi une population totalisant 500 000 grossesses, ne relèvent aucun décès. [141]

Il apparaîtrait ainsi, selon Fairweather [141], que l'éradication de la mortalité liée à l'hyperémèse gravidique ne serait pas due à un éventuel changement dans la nature de la maladie, mais bien à une meilleure compréhension de ses mécanismes et de la

mise en œuvre de moyens thérapeutiques nouveaux, permettant prioritairement de corriger les perturbations métaboliques, potentiellement létales.

2) L'avortement thérapeutique et les vomissements graves de la grossesse.

a)- Origine historique et développement.

En 1896, Le Damany [118] rapporte devant la Société Obstétricale et Gynécologique de Paris, le cas d'une femme atteinte en début de grossesse de vomissements gravidiques incoercibles chez laquelle avait été décidée la pratique de l'avortement : *« Ces vomissements apparurent dès la sixième semaine de grossesse et en un mois mirent la femme dans un état tel, que par suite de l'amaigrissement, de l'hypothermie, de l'accélération du pouls (140), l'avortement dut être provoqué. Ces vomissements avaient résisté à tous les traitements employés : oxalate de cérium, électrisation descendante du pneumogastrique, dilatation du col, redressement de l'utérus, etc. Après l'avortement, les vomissements ont brusquement cessé et la femme a guéri. »*

Dans la discussion suivant la présentation de Le Damany, Doléris [118] rapporte l'histoire *« d'une malade atteinte de vomissements incoercibles et chez laquelle les vomissements cessent à la troisième application de l'électrode, mais on s'est aperçu ensuite que la pile ne marchait pas et le traitement n'avait agi que par suggestion. »*

Aussi, pour Doléris, les vomissements incoercibles s'observent chez les névropathes. Cette opinion semble partagée de plus en plus par les médecins accoucheurs vers la fin du XIX^{ème}. En effet, l'électricité, en dépit des succès obtenus, se révèle d'une efficacité inconstante. Les médecins s'accordent alors à penser que *« l'électricité n'agit que par suggestion chez les nerveuses. »*

Après la communication de Le Damany, Charpentier déclare que : *« le traitement de choix, c'est l'avortement et l'avortement précoce. »*

En 1924, Lantuéjoul [230] signale la place importante accordée à l'avortement dans le traitement des vomissements graves de la grossesse. Il souligne cependant que :

« l'avortement n'est pas la seule méthode permettant d'obtenir une guérison très rapide, mais que des méthodes très variées peuvent obtenir des résultats aussi immédiats. »

Lantuéjoul illustre son propos en reprenant l'observation d'une jeune femme de 22 ans, enceinte de deux mois environ, qui présentait des vomissements sévères (15 à 20 vomissements par jour). A son admission - l'auteur cite le compte rendu clinique - la patiente était *« dans un état d'inanition extrêmement prononcé, traits tirés, yeux excavés, ventre creusé en bateau ; les téguments sont flasques, gardant longtemps les plis imprimés par un pincement digital. Apathie profonde ; la malade répond péniblement aux questions... »*

La thérapeutique alors mise en œuvre consiste en l'administration d'adrénaline sous-cutanée. L'effet du traitement est spectaculaire. *« En deux à trois jours de traitement, il se produisit une transformation tellement complète de l'organisme que, malgré la loi des coïncidences, qui doit toujours être présente à notre esprit quand il s'agit d'une action thérapeutique quelconque, il est bien difficile de ne pas admettre les heureux effets de la médication. Nous avons observé, il y a quelques mois, un cas à peu près analogue. »*

Lantuéjoul, quant à lui, à la lumière de cette observation, adopte un point de vue très critique par rapport à ces cas "remarquables" de guérison, attribués à telles ou telles médications. Il développe ainsi l'opinion selon laquelle l'influence personnelle du médecin exerce une action prépondérante dans ces exemples de guérison rapide. *« Le fait clinique n'est pas discuté : dans un très grand nombre de cas – on peut dire dans la grande majorité des cas – quand la guérison est obtenue, elle l'est immédiatement, dès la mise en jeu de la thérapeutique, quelle que soit cette thérapeutique. »*

Lantuéjoul poursuit : *« Il est difficile de comprendre comment le traitement agit de façon si soudaine [...] On a admis que les vomissements incoercibles étaient dûs à des lésions des surrénales et c'est pourquoi, l'adrénaline agirait en pareil cas. Mais il semble surprenant qu'avec quelques gouttes d'adrénaline on puisse les guérir aussi soudainement. [...] Les vomissements incoercibles constituent une maladie bien*

curieuse, car évitable par des moyens extrêmement variés, puisque les différents accoucheurs emploient pour éviter les vomissements ou pour les guérir des méthodes diverses. [230]

En 1935, Cheney [70] passe en revue les indications de l'avortement thérapeutiques selon le "*point de vue du neurologue et du psychiatre*". Il prend ainsi en considération le cas des psychonévroses associées aux vomissements gravidiques d'origine psychique. Dans ce cas, « *l'état général déterminera la décision* ».

b)- Evolution dans le temps au vu de quelques statistiques.

Concernant la question des avortements thérapeutiques pratiqués, Fairweather [141] rapporte diverses statistiques couvrant certaines périodes des premières décennies du XX^{ème} siècle jusqu'aux années 1950 environ.

Par exemple :

- Dieckmann et Crossen (1927) comptent sur une file active hospitalière, entre 1916 et 1921, 6 avortements thérapeutiques pour 11 cas d'hyperémèse gravidique. Et entre 1921 et 1927, 48 cas d'hyperémèse gravidique sans aucun cas d'avortement thérapeutique.

- A Boston, Reid et Teel (1938) observent sur une série hospitalière :

- * de 1930 à 1933 : 13 cas d'avortement thérapeutique sur un total de 85 cas d'hyperémèse gravidique, et 3 cas de décès,

- * de 1934 à 1937 : 3 cas d'avortement thérapeutique sur un total de 91 cas d'hyperémèse gravidique et aucun cas de décès.

- A Florence, Gasparri et Ogier (1954), retrouvent :

- * la pratique d'avortements thérapeutiques dans une proportion de 33% entre 1923 et 1932,

* tombant à 5% entre 1943 et 1952.

- A Aberdeen, Fitzgerald (1956) analysant une série de 1938 à 1953 relève ainsi 453 admissions pour hyperémèse et sur ce total, 2 décès attribués à celle-ci. La période entre 1942 et 1953 a été exempte de décès.

Fitzgerald rapporte également pour le Nord-Est de l'Ecosse 14 décès dûs à l'hyperémèse gravidique entre 1931 et 1940.

Pour lui, l'élimination de la mortalité due à l'hyperémèse gravidique est probablement en relation avec une amélioration du traitement. L'enregistrement de décès avant la guerre de 39-45 était certainement en rapport avec le fait que beaucoup de patientes arrivaient trop tard à l'hôpital. Par ailleurs Fitzgerald suppose que l'incidence relativement peu élevée et la moindre sévérité des cas d'hyperémèse gravidique observée dans le Nord-Est de l'Ecosse entre 1940 et 1948 sont des faits pouvant être étendus au reste de la Grande-Bretagne.

Dieckmann [117], note la relative rareté de l'hyperémèse gravidique en Allemagne pendant le conflit 14 - 18. « *L'étiologie de ce changement concernant la prévalance est complexe, mais pourrait être attribué aux bouleversements du point de vue psychosocial, notamment à la séparation des conjoints pendant les années de combat* ».

* entre 1938 et 1939 : 13,7% de cas d'hyperémèse gravidique nécessitèrent le recours à l'avortement thérapeutique.

* entre 1940 et 1945 : ce taux tombe à 3,8%.

* et sur toute la période entre 1938 et 1953 : le taux est de 7,7% de cas d'avortement thérapeutique en raison d'hyperémèse gravidique.

Analysant ces données statistiques, Fairweather [141] constate dans les premiers temps de la mise en œuvre de l'avortement thérapeutique et en dépit de cette pratique, une mortalité qui reste élevée. Par contre est observée entre la fin des années 30 et le début des années 50, une diminution drastique, voire selon certaines

séries, une quasi-disparition du nombre d'avortements thérapeutiques pratiqués dans le cadre des vomissements graves de la grossesse.

Ainsi, jusqu'au début des années 30, en dépit des interruptions de grossesse, l'hyperémèse gravidique reste associée à un taux élevé de mortalité. A ce propos, selon Fairweather, cette réalité pourrait être imputée à la décision thérapeutique trop tardive dans la plupart des cas.

Enfin, nous ne serions clore ce chapitre sans citer une série statistique concernant Nancy.

Jean Hartmann [195] donne ainsi sur la Maternité de Nancy, les chiffres suivants :

* de 1920 à 1934 : 74 cas de vomissements graves sanctionnés 14 cas avortement thérapeutique et 4 décès dont 3 survenus après l'avortement.

* de 1940 à 1954 : 134 cas de vomissements graves, aucun cas d'avortement thérapeutique, mais 1 décès (J. Hartmann précise qu'il s'agissait d'une femme hospitalisée à la dernière phase du syndrome).

L'auteur [195] commente : « *A quoi est due cette amélioration ? Sans aucun doute les progrès thérapeutiques y sont pour quelque chose et aussi le fait que les malades sont dirigées plus précocement sur la Maternité. Mais je crois que le facteur principal est que les femmes, contrairement à ce qui existait autrefois, n'escomptent plus d'une façon habituelle l'avortement lors de leur entrée dans le Service. En effet depuis quelque quinze ans et sous l'influence, entre autres, du Prof. Portes, l'avortement a été dans les grands services obstétricaux presque totalement banni de la thérapeutique des vomissements graves de la grossesse. Vous comprenez mieux à présent pourquoi j'ai demandé tout à l'heure aux médecins traitants de ne plus faire luire devant la malade et devant la famille l'espoir de l'interruption de la grossesse. [...] Est-ce à dire que plus jamais la question de l'avortement ne se posera ? Garipuy, chaud partisan de la psychothérapie au cours d'une carrière déjà longue, nous a rapporté récemment son premier cas d'avortement thérapeutique pour vomissements incoercibles chez une malade qui semble bien lui avoir été confiée trop tardivement. [...] La même aventure peut nous arriver aux uns ou aux autres. Mais si nous nous y mettons tous et si nous*

isolons précocement les femmes dont les vomissements prennent le caractère pernicieux nous ne serons plus jamais acculés à cette thérapeutique du désespoir. »

Nous voyons donc qu'avec près de trente ans de recul, un auteur comme Fairweather [141] est loin d'attribuer à la pratique de l'isolement une influence positive sur la régression de la pratique de l'avortement thérapeutique dans les cas graves de vomissements de la grossesse, alors qu'à l'opposé, Jean Hartmann comme nous venons de le voir, lui confère un effet thérapeutique tel qu'il semble transformer radicalement l'évolution "spontanée" de la maladie, empêchant ainsi celle-ci d'évoluer vers des formes trop sévères menaçant le pronostic vital.

3) L'isolement et les vomissements gravidiques : bases historiques.

Sur le plan thérapeutique, Atlee (1934) [141] apparaît avoir été un des premiers à préconiser des mesures thérapeutiques de nature « *psychothérapique* », comprenant entre autres l'isolement. Nous mettons le terme psychothérapie entre guillemets car les méthodes préconisées par Atlee apparaissent pour le moins sévères et coercitives. Ses prescriptions se passent de commentaires :

- premièrement : interdire toute visite pendant les premières 48 heures,
- deuxièmement : ne pas autoriser dans la chambre de récipient « *invitant* » la patiente à vomir,
- troisièmement : permettre à la patiente de vomir dans le lit et donner des instructions à la nurse de ne pas aussitôt changer les draps ainsi souillés...

En France, le Prof. Hartmann (1955) [195] fait en quelque sorte l'éloge de l'isolement qu'il présente comme une mesure thérapeutique de "première ligne". En effet, « *la mesure essentielle sans laquelle aucune psychothérapie sérieuse n'est possible, c'est l'isolement. »*

Il s'agit pour lui d'un « *isolement total, absolu* ». « *C'est une faute grave que de ne pas l'imposer. Il faut à tout prix soustraire la malade à son entourage familial qui, en dehors même des conflits familiaux auxquels je faisais allusion... soit par sollicitude*

excessive, soit par une sorte de complicité inconsciente, joue un rôle des plus néfastes sur le comportement psychique de la malade. »

Pour Hartmann, « *tout cela constitue déjà dans une certaine mesure de la psychothérapie ou pour le moins la préface* ».

De façon quasi explicite, il dévoile l'argument théorique fondant la validité de cette approche en argumentant la mise en place d'un isolement absolu. « *C'est dans son entourage immédiat qu'elle trouve les plus chauds partisans de l'interruption de sa grossesse.* » Il s'agit donc ici de la théorie qui fait des vomissements de la grossesse un équivalent d'un rejet du fœtus.

La suggestion comme pilier de l'action psychothérapeutique

L'importance déterminante de la suggestion est ainsi mise en avant.

Chez cette femme ainsi préparée sera mise en jeu la *suggestion*. Le plus souvent le chef de service et ses assistants y suffisent.

Hartmann [195] précise : « *Faut-il aller plus loin dans la suggestion et quand a échoué la psychothérapie puérile et honnête, simuler la provocation de l'avortement thérapeutique ? [...] L'on peut avec avantage dans les cas rebelles recourir aux bons offices d'un psychiatre qui, selon les cas, pourra faire de la psychothérapie simple, une narcoanalyse ou une véritable psychanalyse.* »

Au final, Hartmann se révèle un "émule" inconditionnel de l'isolement : « *le traitement le plus simple, le plus efficace, le plus indispensable des vomissements graves est d'abord l'isolement. C'est aussi souvent action suffisante.* »

L'isolement est ainsi conçu comme un formidable dispositif permettant de démultiplier les ressources psychothérapeutiques au sein de la relation entre le médecin et sa patiente.

Laissons aussi la parole à Lantuéjoul [230], qui est un des grands promoteurs de la pratique de l'isolement et de sa nécessaire association à l'action psychothérapeutique.

L'accent du discours de cet auteur résonne indubitablement d'un ton qui pourrait encore rester actuel.

Lantuéjoul écrit : *« Il faut étudier la mentalité de ces femmes. Quand on parle de psychothérapie et qu'on note le succès de cette méthode, il semble toujours qu'on se soit adressé à des névropathes et qu'on ait pu les guérir ainsi d'une espèce d'hystérie. Ce serait une erreur grossière de considérer que les femmes qui peuvent guérir par la psychothérapie sont toutes des névropathes. Des femmes normales, à l'occasion de la grossesse, deviennent peut-être un peu nerveuses et sont susceptibles de présenter un syndrome hystérique, pithiatique, capable de guérir par la psychothérapie. Certaines paraissent avoir une mentalité absolument normale. Je me rappelle une observation personnelle concernant une femme d'un milieu tout à fait correct, intelligente, désirant avoir un enfant. Cette femme présentait des vomissements graves et de plus en plus fréquents et importants ; il m'a fallu employer une méthode brutale-l'isolement- pour la guérir. [230]*

Il poursuit : *« Evidemment, d'autres sont des "nerveuses", cela n'est pas douteux...comme le sont beaucoup de femmes, sans qu'il ait pour cela un syndrome anormal à noter. »*

Mais selon Lantuéjoul, il existe manifestement une gradation dans la sévérité du trouble mental supposé sous-tendre les vomissements. Il écrit ainsi : *« D'autres sont plus atteintes au point de vue nerveux. Il va falloir se comporter au point de vue psychothérapique de façon variable selon les mentalités des malades. Quelques-unes sont manifestement presque folles. Nous avons eu ici une étrangère qui a présenté un syndrome de vomissements graves très important... et qui brusquement a guéri à la suite d'une petite manoeuvre que nous verrons... "Je suis sortie de mon état mental, j'ai fait toute ma confession à mon mari. Voyant que je vomissais, j'avais considéré que je devais mourir, j'allais dans le lavabo, j'entendais des voix qui me disaient : ce n'est pas la peine de te laver parce que tu vas mourir ". Evidemment cette femme présentait un syndrome psychique spécial, et un état mental typique. Nous l'avons vue par la suite ; elle est à classer dans les mentales. »*

Le Pr Lantuéjoult recommande de procéder à un examen complet (physique et mental) et par-dessus tout souligne la nécessité impérative de s'imposer.

L'approche soi-disant "psychothérapique" des vomissements pouvait revêtir des aspects assez barbares tel l'instillation de sérum sous-cutané sous couvert de lutter contre la déshydratation. *« c'est une excellente chose à tous points de vue, car assez désagréable, et les femmes, en général, aimeront mieux boire qu'avoir à nouveau du sérum sous la peau. »*

Lantuéjoult poursuit : *« En somme la femme enceinte peut présenter un syndrome nauséux sous des influences diverses et des sorigines organiques multiples peuvent exister. Pour nous qui croyons après expérience et devant les faits constatés, à l'influence de la psychothérapie, nous ne songeons pas à nier la part organique qui peut exister dans la cause des vomissements graves. Ceux-ci nous apparaissent comme le type des associations hystéro-organiques si fréquentes par ailleurs. »*

Cependant, s'il identifie dans certains cas une cause psychique avérée, pour autant Lantuéjoult se positionne avec nuance et souligne qu'il n'est pas question de conférer à l'étiologie des vomissements graves de la grossesse un caractère psychogène obligatoire :

« Il n'est donc pas question de considérer comme nerveux, fonctionnels, hystériques, pithiatiques... les vomissements simples de la femme enceinte ; il n'est pas question de nier la possibilité d'une base organique aux vomissements graves, mais il nous semble par contre que les résultats d'une psychothérapie bien faite permettent d'affirmer que dans la majorité des cas, les vomissements graves sont d'origine fonctionnelle, avec une possibilité de base organique. Dans la totalité des cas, les vomissements graves disparaissent par la persuasion simple. »

Lantuéjoult conclut : *« Nous ne sommes pas qualifiés pour discuter la nature même de ces symptômes. Actuellement la question est toujours pendante, il est possible que, dans l'avenir, l'étude du pithiatisme, de l'hystérie soit reprise sur des bases nouvelles... »*

4) Les théories étiologiques : point de vue historique

Nombreuses sont donc les théories qui ont été avancées et se sont succédées. O'Brien et Newton [293] proposent ainsi de découper en trois ères chronologiques les recherches descriptives empiriques et par observation, associées au problème des vomissements gravidiques. Ces auteurs définissent en premier lieu une ère protosomatique (jusqu'à 1929) dominée par des théories qui, à l'origine, étaient considérées comme réflexes ou toxémiques. L'ère intrapsychique (1930-1980) centrée par des théories relevant de la névrose. Enfin, l'ère du métabolisme et du stress social (1981 jusqu'à l'heure actuelle).

Nous nous proposons ainsi de donner un aperçu des théories relatives à l'ère protosomatique, pour reprendre le repérage d'O'Brien et Newton, et celles concernant les facteurs psychiques.

a) Les théories soutenant une base réflexe:

Ces théories, émergeant au début du XIX^{ème}, suggèrent ainsi l'existence d'un point de départ réflexogène, irritatif, telles par exemple une rétroversion utérine, l'éventualité d'une grossesse gémellaire, une môle hydatiforme, une tumeur ovarienne... Il semble que cette théorie non seulement ait survécue par-delà le XIX^{ème}, mais plus encore ait été "remise au goût du jour" par certains selon Fairweather [141], vers la fin des années 40 (Richmond, 1949).

Cet auteur a soutenu l'hypothèse qu'il pouvait parfois apparaître en cours de grossesse un bouchon de mucus au niveau du cervix, lequel, obstruant l'ostium cervical, provoquerait ainsi une distension « *considérable* » du canal cervical.

Cette hypothèse pour le moins farfelue n'en a pas moins permis de fonder la mise en œuvre d'une thérapeutique qui, d'après l'auteur, se révélait très efficace dans le traitement des nausées et vomissements de la grossesse.

Cette thérapeutique consistait en l'application d'un tampon enduit de glycérine et d'acide borique au niveau du cervix, censé corriger l'état inflammatoire local et faire disparaître ainsi la distension. La patiente devait alors se trouver complètement soulagée des nausées après le traitement...

Bien que très anecdotique, cette manœuvre thérapeutique nous apparaît être exemplaire d'une influence de type placebo (d'autant plus efficace bien entendu que le praticien est persuadé de la rationalité de son geste et même renforcé dans son opinion par la grande efficacité de son traitement).

Précisons néanmoins que Fairweather rapporte cette histoire, sans évoquer en aucun cas l'éventualité d'une action de type placebo...

b) Les théories à base neuro-psychique :

Kaltenbach semble être un des premiers à avoir évoqué la possibilité d'une participation psychique dans la genèse des vomissements gravidiques. Il conclut en 1890, devant la Société Obstétricale berlinoise que : *« les vomissements de la grossesse sont en général une manifestation d'origine neurotique, parfois associée à l'hystérie et régressant rapidement à la faveur d'un traitement utilisant la suggestion. »* [141]

Selon Fairweather [141], après ce premier pas, dans les quarante années qui vont suivre, peu de chose seront écrites dans le fil de cette hypothèse...

Cette affirmation est surprenante à plus d'un titre. En effet, si l'on s'en tenait à l'avis de cet auteur, ce serait oublier en particulier tout un pan de la littérature psychanalytique, laquelle, comme nous l'avons vu dans les premières théorisations sur l'hystérie, a prononcé sur le sujet un point de vue dénué d'ambiguïté...

Merger et Levy (1955) [273] mentionnent l'importance de l'"*élément psychique*", dans la genèse de certains syndromes digestifs (vomissements, sialorrhée, gastralgies...), fait depuis longtemps reconnu par les neurologues et les gastro-entérologues.

Les auteurs anciens (fin XVIII^{ème}, début XIX^{ème} siècles) reconnaissant ainsi le rôle prépondérant joué par certains facteurs « neurotoniques » dans la genèse de maints syndromes, rangèrent ceux-ci sous la rubrique de l'hystérie.

Ce concept nosologique s'est néanmoins peu à peu disloqué (avec la fin du XIX^{ème} et l'entrée dans le XX^{ème} siècle).

Cependant, citant Moebius (1882) pour qui, « *sous le nom d'hystérie on peut désigner toutes les modifications corporelles provoquées par des représentations mentales* », Merger et Levy voient ainsi resurgir au début des années cinquante « *un retour aux idées anciennes sous les vocables nouveaux de pathologie psycho-somatique ou cortico-viscérale.* »

Il faut toutefois rendre compte à Lantuéjoul (1919-1929) pour avoir transposé ces données "à la maladie gravidique précoce". Selon Merger et Levy, cette idée lui serait venue lors de la première guerre mondiale, observant de fait la guérison d'un homme « *atteint de vomissements si graves que sa vie était en danger. Aucune anomalie objective n'expliquait les vomissements, mais ce soldat une fois guéri devait repartir au front. Ce n'était pas un simulateur mais un véritable malade. Il fut guéri par la seule psychothérapie. Ces vomissements d'origine centrale [...] éveillèrent ainsi chez Lantuéjoul l'idée de tout le parti qu'on pouvait tirer de la psychothérapie des vomisseuses enceintes. Mais il se garda bien de tomber dans une théorie purement psychique des vomissements gravidiques. Ne perdant pas de vue la nécessité d'une présence ovulaire pour les déterminer il les appela vomissements "hystéro-organiques"... Mais la prédominance de l'élément psychique était ainsi affirmée, fondée sur la preuve de l'argument thérapeutique*». [273]

Merger et Levy soulignent aussi que, « *accueillies d'abord avec scepticisme, ces idées ont fini par être universellement acceptées ; la psychothérapie constitue la base du traitement des vomissements gravidiques. Ainsi fut inauguré ce chapitre obstétrical de la pathologie psycho-somatique qui connaît aujourd'hui une telle fortune et qui dérive de la doctrine psychanalytique.* »

Selon eux, le « *syndrome fonctionnel émétisant* » de la grossesse pourrait être « *l'expression de conflits : conflits familiaux et plus précisément conjugaux, manifestations d'hostilité revendicatrice, de protestations, de vengeance envers le conjoint, ou envers l'enfant (Stekel) ; tentatives d'apitoiement, recherche de l'interruption thérapeutique d'une grossesse inopportune. Le sentiment causal est fait parfois de crainte : celle d'une interruption d'une grossesse ardemment désirée, celle des douleurs de l'accouchement, souvenir d'accidents obstétricaux. Parfois viennent*

s'ajouter les soucis de l'existence quotidienne, de la vie ménagère et professionnelle, les difficultés financières et celles de logement ».

La grossesse modifie profondément l'activité nerveuse et perturbe la réflexivité. De ces perturbations nerveuses, il existe des manifestations cliniques, en dehors même des états pathologiques de la maladie gravidique précoce. Si certaines femmes sont psychologiquement bien équilibrées lors de leur grossesse, nombreux sont les cas de troubles mineurs : irritabilité, inquiétude, fatigabilité intellectuelle avec perte de mémoire, impulsion irrésistible, goûts ou dégoûts bizarres. Selon Marce, l'état psychique de la femme enceinte est un état intermédiaire fort distinct de la folie vraie mais fort éloigné également de l'équilibre intellectuel habituel.

Pour Stekel, la grossesse favorise l'éclosion d'une grave parathie anxieuse. A l'avant-plan se trouve l'angoisse, qui se rapporte naturellement à l'accouchement et se transforme en peur objective. Toute cette pathologie mineure encore mal explorée est souvent la conséquence de la vie en société. *« Les fermiers et les vétérinaires, écrit Havellock-Ellis, ignorent cette maladie. Elle n'apparaît pas non plus chez les femmes des "sauvages" ou des "primitifs" ; elle est moins fréquente chez les femmes des classes inférieures. Selon Giles, les femmes qui ont leurs règles d'une manière normale et sans douleur n'en sont pas atteintes. Notons encore la tendance au sommeil, interprétée par les pavloviens comme une inhibition corticale. »* [345]

Atlee (1934) [141], suspecte ainsi la responsabilité de facteurs psychologiques. Il avance de fait qu'il peut être observé de même des vomissements chez le conjoint, ce que confirmera plusieurs années plus tard Trethowan (1967) en décrivant le "syndrome de la couvade".

C'est dans le champ psychanalytique qu'apparaissent les premières tentatives visant à donner un cadre psychodynamique aux formes sévères de vomissements gravidiques. Ainsi Menninger [272] (1939) met les vomissements sévères de la grossesse sur le compte d'un rejet de la féminité (*« repudiation of the femininity »*).

Weiss et English (1943) quant à eux, suggèrent qu'il s'agit d'un souhait plus ou moins conscient chez la femme, de ne pas être enceinte.

Hesseltine (1946) pense qu'il s'agit d'une forme de masochisme.

5) Une vision chronologique de l'étude des facteurs psychologiques relatifs aux vomissements de la grossesse :

Kroger et Delee (1946) [226] attestent de l'efficacité thérapeutique de l'hypnose. Ils rapportent ainsi 19 cas d'hyperémèse gravidique résistant au traitement symptomatique, mais qui ont favorablement répondu à la technique hypnotique (soit suggestion simple, soit hypnoanalyse).

Bertling (1948) [33] rapproche le problème des dysménorrhées du celui des vomissements gravidiques. Par une étude incluant 1000 patientes, il met en évidence des points de similitude entre les deux types de manifestation et conclut à la possibilité dans les deux cas d'une origine psychique. [141]

Klein, Potter et Dyke (1950) étudient 27 cas et tentent d'évaluer l'état de « *stabilité émotionnel* ». Ils établissent ainsi un classement avec 5 sujets sans vomissement considérées comme « stables » (bien que initialement 9 sujets aient été classées comme stables et néanmoins aient présenté ultérieurement des vomissements).

Aucune des femmes classées dans le groupe « *instable* » et aucunes de celles cataloguées comme "*rejetant fortement leur grossesse*" n'étaient exemptes de vomissements et de nausées au cours du 1^{er} trimestre. [141]

Bernstein (1952) présente une étude dont l'objectif pourrait être de dégager d'éventuelles différences entre un groupe avec des nausées et des vomissements gravidiques et un groupe indemne de symptômes. Bernstein explorant ainsi le ressenti de ces femmes en regard de leur grossesse, de leur mariage, de l'accouchement, des relations familiales...ne retrouve aucune différence sensible entre les deux groupes. [141]

Harvey et Sherfey [196] (1954) étudient de façon détaillée sur le plan psychologique, 34 patientes souffrant de vomissements gravidiques.

En premier lieu, aucune corrélation, ni avec le délai de planification de la grossesse, ni avec l'état marital n'est retrouvée.

Parmi ces patientes, 20 rendent compte d'antécédents à type de problèmes gastro-intestinaux dans l'enfance incluant des vomissements à la faveur d'émotions. Ces patientes sont apparues comme « *émotionnellement instables* » et présentant par ailleurs des dysfonctionnements sexuels (frigidité, voire une aversion vis-à-vis des rapports sexuels). Dans leur majorité, à l'exception de deux, elles avaient souffert de dysménorrhées. Enfin étaient mis en évidence des traits de personnalité à type d'immaturation.

Coppen [81] (1959) dans une étude similaire ne confirme pas les éléments retrouvés par Harvey et Sherfey. [81]

Guze et coll.(1959) [192] réalisent la première étude de cohorte (prospective) cherchant à identifier certaines catégories psychopathologiques qui pourraient être associées à la survenue de vomissements graves de la grossesse. Cette étude sur 3 ans ½ suit ainsi un groupe de 48 patientes versus 45 contrôles.

Précédemment, la seule étude de nature systématique existante et comparable dans ses objectifs (quoique rétrospective) est celle de Purtell et coll. (1951), où parmi 50 patientes étiquetées hystériques, les auteurs relèvent une large proportion (56%) ayant présenté des vomissements prolongés (pendant plus de trois mois) au cours de leur grossesse, contre 5% parmi les 50 sujets contrôles (« *non-hystériques* »). [256]

De même l'hystérie est-elle retrouvée par Guze et coll. chez 15% des femmes ayant présenté une hyperémèse gravidique (contre 2% contrôles). [192]

Hetzel, Bruer et Pordevin (1961) cités par Fairweather [141], tentent de corrélérer certaines complications maternelles anténatales et la survenue d'un stress pendant la grossesse. Parmi les complications retenues figurent ainsi les vomissements prolongés ; 30 patientes sont incluses dans l'étude. Le groupe de contrôle comprend 54 patientes.

Parmi ce dernier, plus de la moitié des patientes rapportent la survenue d'un stress. Néanmoins les femmes qui ont présenté des vomissements prolongés apparaissent avoir été soumises à un stress plus important ($p < 0,001$).

D'autre part, il n'est pas retrouvé de différences concernant l'âge, l'origine sociale, le vécu des menstruations et de la sexualité... (au contraire des données retrouvées par Coppen, 1959).

Guze, Allen, et Grollmus (1962) [191] analysent la prévalence de l'hyperémèse gravidique chez 162 patientes souffrant d'un trouble psychiatrique et chez 98 patientes atteintes d'une affection organique. L'hystérie est la seule affection psychiatrique retrouvée en association de manière significative avec l'hyperémèse gravidique.

Rapprochant leur étude de celle réalisée précédemment par Guze et coll. [192] (1959), ces chercheurs concluent : *« que soit comparé un groupe de patientes spécifiées par la présence d'un trouble mental (chronique) à un groupe de patientes atteintes d'une affection organique ; ou bien alors que soit étudié un groupe de femmes ayant souffert d'hyperémèse gravidique comparativement avec des femmes dont la grossesse a été sans complication, aucune association n'existe entre une quelconque affection psychiatrique et l'hyperémèse gravidique. »*

Chertok, Mondzain et Bonnaud (1962) [73] étudient les vomissements gravidiques et la question de l'attitude vis-à-vis de l'enfant. Ils concluent à une relation positive entre les vomissements et une part d'ambivalence envers la grossesse.

Fairweather [141] fait ainsi remarquer qu'il existe indubitablement un nombre certain d'indices en faveur d'une participation psychologique concernant les vomissements de la grossesse. Il est bien reconnu que le fait de la simple admission dans le service hospitalier est suffisante parfois pour suspendre les vomissements.

Fairweather (1968) [141] réalise une étude contrôlée incluant 44 patientes hospitalisées pour vomissements graves de la grossesse. Deux entretiens psychiatriques sont réalisés pour chaque patiente (par deux praticiens différents), l'un selon une technique non-directive et l'autre de façon directive. Par ailleurs une passation de tests est pratiquée (Wechsler-Bellevue, Cornell Medical Index et M.M.P.I.).

Les données issues de l'évaluation psychologique de chacune des 44 patientes font clairement ressortir un ensemble de caractéristiques en faveur de traits hystériques de la personnalité (sans que l'auteur en indique la proportion...).

Par ailleurs, il rapporte que, dans la majorité des cas d'hyperémèse gravidique le diagnostic psychiatrique était celui de personnalité "*immature*" associé à l'hystérie (l'auteur ne précise pas ce qu'il entend par "*immaturité*" ou "*personnalité immature*". L'"*immaturité*" selon la "*grille de lecture*" ici utilisée intégrerait-elle certains critères "*cliniques*" de l'hystérie ?).

D'autre part Fairweather souligne l'importance qualitativement retrouvée dans son étude d'une dépendance marquée à l'un des parents, en particulier la mère. « *Dans beaucoup de cas soit la patiente est retournée au domicile parental avec le début des vomissements, ou bien la mère alors a démontré auprès de sa fille une présence très assidue.* »

Cette observation avait été précédemment retrouvée par l'auteur sur un nombre encore plus grand de patientes souffrant de vomissements sévères de la grossesse.

Dans quelques cas, le mari était absent du domicile pendant de longues périodes, pour raisons professionnelles. Dans d'autres cas, la femme se sentait abandonnée par son conjoint, celui-ci se révélant peu présent et/ou peu compatissant en raison des manifestations digestives émaillant la grossesse.

Dans de nombreux cas, Fairweather retrouvait la notion de difficultés financières ou de mauvais logement, voire d'une lourde charge de travail ménager. Ainsi parfois, la perspective d'une « *nouvelle bouche à nourrir* » n'était pas toujours la bienvenue...

A l'issue de son étude, l'auteur conclut qu'il « *semble y avoir peu de doute quant à la participation de facteurs psychiques, dans au moins une bonne proportion de cas d'hyperémèse gravidique. Et selon mon opinion cette proportion est assez élevée – jusqu'à 75 à 80%.* » [141]

Il ajoute cependant que : « *quoiqu'il puisse être considéré de l'importance de facteurs émotionnels dans l'hyperémèse gravidique, cela n'implique pas pour autant que la*

prise en charge de cette affection puisse être retirée des mains de l'obstétricien ou bien du médecin de famille. Nous commettrions une erreur de penser que s'il existe une large participation des facteurs psychiques dans la survenue des vomissements graves de la grossesse, il faudrait pour cela faire aussitôt appel à l'aide d'un psychiatre. Une telle façon de faire est en effet parfois mal comprise par la patiente, qui peut ainsi se sentir blessée... »

Aussi, Fairweather ne recommande pas expressément l'intervention éventuelle du psychiatre ou du psychologue. Il pense au contraire que le médecin somaticien reste encore le mieux placé et encourage celui-ci à prendre le temps d'écouter sa patiente avec empathie. « *En général une simple conversation peut-elle aider la patiente. »*

Pour lui, « *si la relation médecin-patient est suffisamment bonne et permet ainsi à la patiente de pouvoir exprimer ses préoccupations et ses craintes, cela ne doit pas être perçu comme le fait de recueillir des éléments biographiques, médicaux ou autres à verser au dossier ou destiner le cas clinique, non plus que le praticien peut ainsi voir être révélés certains éléments d'une psychogénèse, mais bien plutôt il faut permettre à la patiente de pouvoir extérioriser ses émotions et ainsi les communiquer et les faire partager. Plus que quiconque le médecin somaticien et en particulier l'obstétricien sont susceptibles de lier avec la patiente une relation très étroite – une relation même encore plus étroite que celle pouvant être nouée avec un psychiatre. »*

Et Fairweather de conclure de la même façon que, « *si la femme doit dévoiler son corps au médecin, elle doit être capable aussi de lui exprimer ses émotions. »*

4^{ème} PARTIE

UNE ETUDE GENERALE DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

I – LES MODIFICATIONS DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ET LES NAUSEES/VOMISSEMENTS PENDANT LA GROSSESSE.

Avant la naissance de l'enfant Jésus, Marie et Joseph visitaient une merveilleuse cerisaie. Saisie par la beauté de l'un des arbres et du fruit d'apparence délicieuse, Marie demanda à son mari de cueillir une cerise, mais Joseph refusa. Marie s'en attrista et cette mélancolie fut ressentie par le Christ, qui prêt à tout pour rendre sa mère heureuse, fit incliner les branches de l'arbre pour offrir les fruits à Marie. Marie retrouva ainsi le bonheur, tout comme l'enfant qu'elle portait.

Rapporté par Deborah Jackson [210]

- Oralité - "envies" pendant la grossesse et vomissements gravidiques

- Les modifications du goût pendant la grossesse

Une variété de modifications des sens accompagne la grossesse. Les sensations gustatives notamment apparaissent subir des distorsions. [23, 210]

A ce propos, Deborah Jackson signale l'existence aux Philippines d'un test traditionnel pour déterminer la grossesse selon lequel « *on se place sous un manguier et on mange une mangue. Si le fruit n'a pas le goût de mangue, la femme attend un enfant.* » [210]

Pour Deborah Jackson ainsi les changements hormonaux de la grossesse influeraient sur la salive en lui donnant un goût métallique.

Au Népal, la tribu Nyinba, croit que si une femme a envie de nourriture épicée, elle aura une fille ; si elle a envie de nourritures fades, elle aura un garçon. [210]

- Les envies pendant la grossesse

M.-P. Clerget [80] rappelle que « *dans la culture traditionnelle, les envies étaient le signe le plus sûr de la conception. L'absence des règles ne suffisait pas pour dire une femme enceinte. Il en reste des survivances aujourd'hui. A la disparition des règles succédait l'apparition des envies, comportements singulièrement dérégés [...]. La*

femme "envieuse" donnait donc à voir et à entendre à son entourage qu'elle était enceinte et cela ne pouvait passer inaperçu. »

Aussi, pour M.-P. Clerget, « *les envies des "femmes grosses" parlent et/ou font parler de l'enfant tant pendant la grossesse qu'après la naissance. Elles révèlent ou confirment l'état de grossesse et font se soucier de l'enfant en vie, bien avant la naissance. Il est ici, à strictement parler, porté dans et par les mots de ceux qui l'attendent, même parfois à leur insu. »*

- *Le lien au plan anthropologique entre les nausées/vomissements de la grossesse et les envies*

Si dans la culture occidentale les envies ont ainsi été valorisées depuis fort longtemps, il apparaît a contrario que dans les cultures primitives l'accent est placé de manière plus importante sur les prohibitions vis-à-vis de certains type de nourritures. [31]

Nicole Belmont signale par ailleurs une autre opposition entre les croyances des sociétés primitives et celles des sociétés occidentales, qui est la suivante : une idée européenne voudrait que pendant la grossesse la femme "mange pour deux" alors que les cultures primitives imposent souvent une extrême frugalité à la femme enceinte.

Nicole Belmont en déduit que « *devant ces oppositions si tranchées qui posent un problème, on peut à tout le moins être assuré que la grossesse privilégie l'oralité. La vigueur des coutumes instituées par les cultures à cet égard (permission donnée à la voracité ou stricte prohibition de celle-ci) laisse penser que la société s'est sentie obligée de ritualiser un comportement régressif dans une circonstance où son intérêt est en jeu puisqu'il s'agit de sa propre reproduction. »*

Progressant dans sa tentative d'analyse anthropologique, Nicole Belmont juge important d'introduire, dans cette opposition désir/prohibition, un troisième terme (appartenant en propre selon l'auteur à la culture occidentale) que sont les nausées et les vomissements des premiers mois de la grossesse.

Ainsi, « *les anthropologues signalent rarement leur existence chez les populations primitives, où ils sont loin d'occuper la place massive qu'ils ont dans la grossesse des femmes occidentales.* »

Pour l'auteur, on a donc trois termes : « *qui relèvent de la sphère orale et qui se trouvent dans des rapports de ressemblance et d'opposition : le dégoût qu'expriment les nausées s'opposent au désir que supposent les envies ; mais ils coexistent, bien qu'opposés, dans les sociétés occidentales. La frugalité et les restrictions alimentaires dans les sociétés extra-européennes s'opposent aux envies dans les sociétés européennes comme l'interdit au désir, mais peuvent se rapprocher des nausées et des vomissements comme étant une modalité de rejet. On sait que la forte composante orale de la grossesse a pour origine le phantasme de la conception orale. Dans les sociétés primitives cette composante est donc ritualisée par un ensemble de prescriptions et d'interdits alimentaires qui a pour fonction de la canaliser, d'en neutraliser le caractère ambivalent et de la socialiser.* » [31]

Quant à Stoleru [350], cet auteur définit les diverses envies alimentaires (celles-ci étant susceptibles de prendre parfois des formes insolites), comme l'expression du conflit inconscient pris entre le désir de préserver et celui de détruire l'embryon.

Hélène Deutch, Stoleru [350] le rappelle, interprétait les envies alimentaires comme le désir de répéter l'acte de fécondation, comme si l'ingestion était destinée à neutraliser symboliquement les tendances opposées visant à détruire et/ou dévorer l'enfant.

Nous laisserons le dernier mot à Delaisi De parseval et Lallemand [99], lesquelles définissent volontiers la question des envies chez la femme enceinte dans une perspective historique, sociologique et culturelle.

Ces auteurs écrivent ainsi : « *à travers les divers aléas de l'envie – sa reconnaissance initiale, sa négation et le mépris dont elle fait l'objet, puis son ultime réhabilitation – s'esquissent diverses attitudes sociales vis-à-vis de la femme enceinte, dont il convient de se méfier. Car l'on retombe sur cette vieille problématique de l'instinct féminin, tantôt jugé dégradant, tantôt magnifié pour son aveugle efficacité. Dans l'une ou l'autre perspective, il y a manipulation de pulsions fugitives à des fins fort peu*

médicales, et nulle femme ne gagne à les voir se figer, telles des monstruosité, ou admirées sous forme d'intuitions fulgurantes. »

II- LES NAUSEES ET VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES DANS LEUR FORME COMMUNE.

1) Introduction

Selon Deuchar [109], la distinction semble assez récente - 1^{ère} moitié du XX^{ème} siècle - entre les vomissements physiologiques (considérés de fait comme banal et appartenant à la normalité) et les vomissements sévères désignés par le terme d'hyperemesis gravidarum.

Ainsi, en terme de fréquence nous y reviendrons, les nausées et les vomissements modérés concerneraient plus de 50% des femmes en début de grossesse. Désignée par les anglo-saxons par l'expression *morning sickness*, ils appartiennent à ce qu'il est communément convenu d'appeler les signes sympathiques de grossesse.

Ils n'ont cependant contrairement à ce qu'exprime la tradition populaire, aucune valeur diagnostique. En effet l'observation de Baudet et coll. est ici importante. « *Une femme qui souhaite vivement une grossesse après une longue phase de stérilité ou une femme qui craint une grossesse non voulue réagiront souvent de la même manière devant un retard de règles (espéré ou inquiétant) en vomissant ou en accusant un état nauséux même si l'aménorrhée n'est pas gravidique.* » [22]

Et d'ajouter « *l'association aménorrhée et intolérance digestive est ainsi loin d'être synonyme de grossesse. La grossesse ne peut être affirmée que sur un seul signe clinique : l'augmentation progressive du volume de l'utérus proportionnel à la durée de l'aménorrhée.* »

Néanmoins ces petits troubles digestifs, s'ils sont sans valeur diagnostique et inconstants, n'en existent pas moins dans de nombreux cas au début d'une authentique grossesse.

Pris en considération un traitement peut être proposé si nécessaire en cas de gêne importante. Cependant une fois le diagnostic de grossesse fortement évoqué par la

clinique, ils doivent être rattachés à leur cause et faire rechercher l'éventualité d'une pathologie.

Habituellement l'état général est conservé et les signes disparaissent vers 16 semaines d'aménorrhée environ. Sous cette forme, il s'agit de vomissements gravidiques simples, de caractère fonctionnel et sans support organique.

Il en va tout autrement en ce qui concerne les vomissements incoercibles. Ceux-ci sont sévères et persistants au-delà des 16 semaines d'aménorrhée, responsables d'une perte de poids (supérieure à 5% du poids initial), avec déshydratation, acidose du fait du jeûne, alcalose par perte d'acide hydrochlorydrique, et hypokaliémie.

Cette condition sévère intéresse un très faible pourcentage de femmes enceintes (entre 0,5 à 10 pour 1000). [141]

Classiquement, sont reconnus certains facteurs favorisants comme : l'obésité, la nulliparité et la gémelliparité [1].

En cas de déséquilibres sévères et non traités, cet état peut provoquer des pathologies polyviscérales et on a pu décrire des évolutions dramatiques vers la mort maternelle ou foetale.

La dernière forme concerne la survenue de nausées et de vomissements au cours du troisième trimestre de la grossesse. Ce syndrome relève dans la plupart des cas d'une étiologie organique, les facteurs psychologiques étant dans ce cas rarement impliqués. [217]

2) Description clinique

Observés dans près de 50% à 90% des cas en début de grossesse, les nausées et les vomissements débutent typiquement après le premier mois d'aménorrhée, donc autour de la cinquième et surtout durant la sixième semaine de la grossesse.

Cependant certains auteurs, comme Peckham [298] cité par Macy [256], soutiennent que les nausées et vomissements peuvent survenir avant même le retard de règles. Dans une étude Peckham relève ainsi 10% de femmes présentant des nausées et des

vomissements qui avaient débuté avant même le retard des règles. De même, Rosen (1955), cité par Macy, rapporte quatre femmes sur un groupe de dix-sept, reconnaissant comme premiers signes de grossesse avoir présenté des nausées et des vomissements. Ces données viendraient soutenir un modèle proposé par Macy et Falkner (1979), selon lequel le phénomène précoce de nausées serait investi de façon anticipatoire dans l'attente de signes plus tangibles de la réalité de l'état de grossesse.

En fait selon Chaussade et coll. [68], plus de 9 femmes sur 10 présentant ce symptôme, le présenteront dans les trois premiers mois de la grossesse.

Klebanoff et coll. [222] rapportent une étude rétrospective sur une cohorte de 9098 femmes (réalisée entre 1959 et 1966). Plus de la moitié d'entre elles ont ainsi présenté un épisode de vomissements au cours des 16 premières semaines. L'étude montre que les vomissements débutent assez tôt, avec un pic au deuxième et troisième mois, et sont peu observés après la vingtième semaine.

Leur pic d'incidence et de sévérité semble se situer entre la huitième et la douzième semaine, leur résolution est spontanée à partir de la vingtième semaine [370].

Selon Poulain et coll. [306], dans seulement 15% à 20% des cas, les nausées et les vomissements se prolongent au-delà de 14 semaines d'aménorrhée. Et, ce n'est que dans de très rares cas qu'il peut être observée une persistance de ces symptômes au cours de la deuxième partie de la grossesse.

La persistance du symptôme au-delà de 20 semaines est inhabituelle et selon certains auteurs, environ 1 femme sur 10 seulement aura des nausées et des vomissements durant le 2^{ème} trimestre de la grossesse. [68]

La survenue des vomissements est volontiers matinale (1 fois sur 2) alors qu'un tiers des femmes se plaint de ce symptôme durant tout le nyctémère. [68]

Gadsby et coll. [164] rapportent une étude effectuée sur un échantillon de 363 femmes enceintes d'âges, de parités et de statuts socio-économique variables. Le recueil des données s'est fait en particulier sur la base d'un "journal de bord" tenu par les patientes.

D'un point de vue descriptif, l'étude retrouve ainsi :

- L'apparition des symptômes chez 72% des femmes au cours de la première moitié du 2^{ème} mois de grossesse (entre le 29^{ème} et le 49^{ème} jour à partir de la date des dernières règles).
- La disparition des symptômes chez 80% des femmes au cours de la 1^{ère} semaine du 4^{ème} mois. Pour 39% des patientes, les auteurs signalent ainsi avoir été surpris par la disparition soudaine de tout symptôme.

Le pourcentage de patientes ayant présenté, au moins une fois un épisode de vomissement (52%), apparaît ici en concordance avec à la fois les résultats de Tierson et coll. [358] et ceux de Klebanoff et coll. [222] (respectivement 54% et 56%).

En fonction de la période nyctémérale :

- Gadsby et coll. confirment la survenue des symptômes de façon prédominante, en période matinale (entre 6 heures et 12 heures). Ainsi 95% des patientes rapportent être indisposées aussi bien avant ou après 12 heures, et dans seulement 4% des cas, les symptômes se manifestent uniquement avant 12 heures.
- Jarnfelt-Samsioe [211] retrouve dans 50% des cas une plus grande intensité des nausées le matin et dans 36% des cas les patientes déclarent être ou avoir été indisposées tout au long de la journée.
- Vellacott et Cook [374] retrouvent dans 19% des cas une prédominance des symptômes le matin.

Enfin notons que l'analyse du "journal de bord" des patientes met en évidence la survenue de vomissements selon une fréquence plus élevée au cours de grossesses marquées par des périodes prolongées de nausées (plusieurs heures).

3) Aspects épidémiologiques.

La fréquence des nausées et des vomissements gravidiques a été estimée entre 40 et 90% de l'ensemble des grossesses.

Si le symptôme vomissement est seul pris en compte, une étude portant sur près de 10 000 femmes enceintes a rapporté une fréquence de 56%.

Un certain nombre de facteurs favorisant tant économiques que géographiques, ethniques ou sociologiques ont été décrits. En effet, les vomissements gravidiques semblent plus fréquents dans les sociétés industrialisées, occidentales (Amérique du Nord, Europe, Japon) et de fréquence moindre quant aux sociétés non occidentales (Indiens d'Amérique, Afrique...). Enfin, cette disparité concernerait les populations urbaines et les populations rurales.

Les vomissements gravidiques semblent plus fréquents chez les femmes jeunes (moins de 20 ans), les femmes obèses, les non-fumeuses et les femmes au foyer, de même chez celles dont le corps jaune serait en position droite.

Il existe une corrélation nette entre la survenue de vomissements gravidiques et la notion d'intolérance aux oestrogènes.

En revanche l'influence de la parité est controversée puisque certains auteurs signalent une fréquence accrue chez les primipares alors que d'autres rapportaient une fréquence plus élevée chez les multipares. [68]

Les vomissements sont apparus plus communs parmi les primogrades, mais ceci n'a pas été confirmé de façon irréfutable [271, 141, 150].

Il a été généralement déclaré selon Fairweather [141] que la parité n'a pas d'influence quant à la survenue de l'hyperémèse gravidique. Certains néanmoins soutiendraient que l'affection serait plus fréquente chez les primigestes.

-Selon l'origine ethnique :

Mead (1935) soutient que les nausées et vomissements gravidiques sont inconnus chez les Arapesh, une ethnie de Nouvelle Guinée.

Mc Cammon [269] étudiant quant à lui le déroulement de 475 grossesses chez les Indiens Navajo (Amérique du Nord), n'observe que 14% de cas de nausées, et ces femmes étaient plus que les autres en contact avec la culture occidentale.

McCammon rapporte qu'il n'existe ainsi pas de mot en langue arapesh pour désigner les nausées de la grossesse.

Nombre d'études ont aussi mis en évidence de grandes disparités entre cultures et pays. Fairweather [141] exprime cependant quelques critiques relativement à la fiabilité des données.

En ce qui concerne l'association entre vomissements, grossesse et race, Fairweather [141] retrouve que la grossesse exerce une plus grande influence sur les vomissements parmi les blanches que parmi les noires.

Plusieurs limitations peuvent être notées : le CPP date maintenant de 20 ans, et il se peut que les données obtenues ne s'appliquent plus aux femmes actuelles. Néanmoins il est peu probable que l'épidémiologie a changée depuis les années 60.

Pour reprendre une synthèse, selon Klebanoff, les vomissements sont observés un peu plus souvent parmi les primogravidés, les plus jeunes femmes, les femmes d'un niveau d'étude modeste, les non-fumeuses, en cas de surpoids, et bien sur en cas de grossesses multiples. Il est par ailleurs douteux qu'il puisse y avoir une différence d'un point de vue de l'origine "ethnique".

Enfin les femmes qui vomissent présentent un risque moins élevé de perte du fœtus et d'accouchement prématuré, mais les vomissements n'exercent pas une influence significative sur le poids de naissance. Il s'agirait de fait de la doléance la plus commune au cours des cinq premiers mois de la grossesse et cela est généralement attribué à l'élévation rapide des taux d'oestrogènes caractérisant le premier trimestre, bien que l'élévation des taux de progestérone et la réduction de la motilité gastrique aient pu être de même incriminées.

4) Incidence sur la qualité de vie

Gadsby et coll. [164] remarquent que la question des répercussions négatives des nausées et vomissements gravidiques sur la qualité de vie en général et sur la possibilité en particulier de maintenir pour la femme enceinte une activité professionnelle normale, reste encore un domaine de recherche négligé.

Retentissement sur l'activité quotidienne des vomissements et nausées de la grossesse :

Gadsby et coll. [164] citent deux études :

- 12% des femmes dans l'étude de Jarnfelt-Samsioe et coll. (1983), rapporteraient l'impossibilité d'effectuer au cours de la grossesse tous travaux même ordinaires.
- 75% des femmes dans l'étude de Vellacot et coll. [374] (1988) (incluant 500 femmes, parmi lesquelles 243 avec une activité professionnelle) signalent en raison de leurs symptômes une réduction de leur efficacité dans leur activité professionnelle, ceci conduisant à un arrêt de travail dans un cas sur quatre.
- Gadsby et coll. retrouvent quant à eux une forte association entre la sévérité des symptômes et la quantité de temps professionnel perdu. Leur étude met ainsi en évidence dans 35% des cas une perte moyenne de 22 heures de travail par femme.

5) Soubassements physiologiques

a) Aspects psychophysiologiques du phénomène nauséeux

La nausée est une sensation qui pourrait être décrite comme une expérience psychique déplaisante, habituellement mais non invariablement associée avec le vomissement. En termes psychophysiologiques, elle représente l'appréciation à un niveau conscient d'afflux d'excitations stimulant le centre du vomissement.

Cleghorn et coll. [78] soulignent par ailleurs l'attention considérable qui a été donnée à la relation existant entre le degré de motilité gastrique et la sensation de nausée. Selon leurs observations Ryle et Wolf cités par Cleghorn et coll. [78], établissent qu'une hypomotilité et une relaxation gastrique sont une condition nécessaire à la survenue de nausée.

D'autres auteurs semblent avoir conclu dans le même sens. Une contraction du duodénum serait par ailleurs souvent associée. Bien entendu ces éléments ainsi mis en évidence n'établissent pas de relation obligatoire entre motilité gastrique et

phénomène nauséeux. Cleghorn et coll. signalent ainsi l'exemple de soldats pris de nausées en cas de sentiment de défaite et d'être sur le point d'être fait prisonnier. Des traits prémorbides incluraient ainsi la dépendance, la passivité et l'impossibilité d'exprimer des sentiments d'agressivité.

b) Les bases hormonologiques : rôle des oestrogènes

Selon Uddenberg et coll. [370], si certaines femmes ressentent des nausées après l'absorption d'un contraceptif, cela suggèrerait fortement une origine endocrinologique aux nausées de la grossesse.

c) Olfaction et grossesse : vomissement et hyperolfaction : quels liens ?

La muqueuse pituitaire et l'épithélium neurosensoriel olfactif sont étroitement associés aux épisodes de la vie génitale. L'importance de l'odorat dans la reproduction d'un très grand nombre d'animaux explique peut-être les modifications observées chez l'homme où il n'a pas le rôle prépondérant. La cause de la perturbation olfactive est très probablement due à un dérèglement endocrinien : la perception d'odeurs inhabituelles est l'un des premiers signe de la grossesse. De très nombreux auteurs se sont intéressés au problème de l'acuité olfactive chez la femme enceinte avec le secret désir de découvrir un test original de grossesse, voire une méthode pour suivre la courbe oestrogénique.

De l'ensemble de ces études, et notamment à la suite des travaux de Y. Guerrier (1970), selon Baudet et coll. [23] il semble que :

- du 1^{er} au 3^{ème} mois de grossesse, il existe une hyperosmie qui va en s'accroissant,
- au 4^{ème} et 5^{ème} mois, l'hyperosmie diminue et disparaît,
- l'olfaction est normale aux 6^{ème} et 7^{ème} mois,
- aux 8^{ème} et 9^{ème} mois, on retrouve une hyperosmie.

D'un point de vue éthologique, M. Erick [133] rappelle la primauté donnée à l'odorat au sein du règne animal et en particulier chez les mammifères. De fait, ceci est bien connu, l'odorat plus que tout autre sens, joue un rôle essentiel quant à la survie de

l'individu. Ce canal sensoriel pendant la gestation semblerait ainsi être surinvesti chez la femelle, rendue plus vulnérable par la prise pondérale physiologique due à sa condition.

Dans l'espèce humaine, à la faveur de la grossesse et de ses bouleversements hormonaux, cette trace phylogénétique serait ainsi réactivée.

La cause de la perturbation olfactive est donc sans doute liée à un dérèglement endocrinien : cette hyperosmie comporte ainsi un abaissement des seuils sensoriels qui permettent à la femme enceinte de percevoir des odeurs réelles mais faibles. Il semble en outre que la perception d'un certain nombre d'odeurs à concentrations infinitésimales (musc, corps porteurs d'une fonction lactone) soit l'apanage de la femme pubère, l'homme, la femme castrée, la fillette n'ayant pas cette possibilité.

Enfin, les modifications psychiques et neuro-végétatives de la grossesse, ajoutées à l'altération du goût s'associent à l'hyper-osmie, pour aboutir à la distorsion des sensations olfactives (dysosmie) ayant une part de responsabilité dans les vomissements du 1^{er} trimestre : les odeurs sont mieux perçues et de plus considérées comme désagréables.

Les modifications de l'olfaction et de la gustation qui semblent ainsi être associées au début de la grossesse invitent de même à considérer les phénomènes de craving et leur opposé, celui d'aversion. Trethowan et Dickens [364] font ainsi le point sur cet aspect classique voire un peu « folklorique » de la grossesse. Un à deux tiers des femmes enceintes présenteraient de tels troubles de l'appétit. Bien qu'une association entre ces phénomènes de craving et les vomissements de la grossesse ait été pendant longtemps supposée, il semble cependant qu'il n'en est rien.

6) Hypersialorrhée et grossesse :

Pendant la grossesse, la sécrétion salivaire est souvent augmentée et peut même devenir excessive [156]. Cette hypersialorrhée apparaît être observée principalement au cours du 1^{er} trimestre, un litre voire deux litres de salive pouvant être ainsi

produits quotidiennement. Cette salive semblerait être d'un goût amer et susceptible de ce fait de provoquer des nausées, des vomissements et donc une perte pondérale.

Selon une étude menée par Berstine et Friedman (1957), cités par Freeman et coll. [156], le taux de femmes enceintes concernées serait évalué à 2,4%. Par ailleurs Berstine et Friedman signaleraient bien souvent le peu de considération accordé à ce problème, car perçu comme une manifestation reliée à des difficultés psycho-émotionnelles.

De façon générale, il est observé une production abondante et continue. Cet état peut de fait générer un inconfort important qui pourrait aller jusqu'à l'installation d'un véritable syndrome anxieux.

Cette salivation profuse nécessitant d'être rejetée ou déglutie en permanence, pourrait être ainsi source de lésions excoriées de la muqueuse buccale et d'une macération de la peau du cou.

L'hypersialorrhée associée aux nausées et vomissements gravidiques reste l'objet de peu d'observations et d'études [156]. Freeman rapporte le cas de deux patientes d'origine haïtienne, présentant ainsi une sialorrhée excessive associée à des nausées et des vomissements sévères du 1^{er} trimestre. Ces auteurs soulignent une très faible incidence au sein d'une population hospitalière (sur 2446 grossesses en une année, seules 0,08% sont associées à une hypersialorrhée contre 2,4% rapporté par Berstine et Friedman).

Sur le plan de l'endocrinologie salivaire quelques éléments peuvent nous éclairer :

Il apparaît ainsi à des titres divers que les glandes salivaires peuvent répondre à certains messages hormonaux. Le tractus de la digestion, comme le tractus de la reproduction, est sensible aux hormones stéroïdes sexuelles.

Par ailleurs, les glandes salivaires possèdent des récepteurs hormonaux pour les androgènes, les oestrogènes et les progestatifs. Les glandes parotidiennes et sous-mandibulaires révèlent un équipement enzymatique varié capable d'activer les précurseurs hormonaux stéroïdiens.

Enfin il apparaît d'une part que la supplémentation en thyroxine provoque un accroissement de la sécrétion salivaire de 50% [299], et d'autre part, que l'activité peroxydasique salivaire est augmentée par les oestrogènes, comme dans l'utérus.

7) Les nausées et vomissements du 1^{er} trimestre : quelle valeur prédictive sur le déroulement de la grossesse et sur l'adaptation à la maternité ?

Semmens (1957) cité par Fairweather [141], retrouverait parmi une population de femmes présentant une menace de fausse-couche, la notion de vomissements et de nausées dans 80,9% des cas (sans qu'il soit ici précisé le degré d'intensité des symptômes).

Medalie [271] note par contre un taux plus élevé d'avortements spontanés associés avec l'absence de nausées et/ou de vomissements.

Brandes (1967) cité par Fairweather [141], relève de même l'association avec l'absence de nausée et/ou de vomissement au cours du 1^{er} trimestre :

- 1) d'un taux plus élevé de fausse-couche,
- 2) d'un taux plus élevé de mortalité néonatale et périnatale.

Brandes considérerait les grossesses sans nausées et/ou vomissements ainsi comme des grossesses à risque.

Weigel et Weigel [386] à travers leur étude confirment les conclusions préliminaires d'un certain nombre de travaux antérieurs en faveur de l'association avec les nausées et vomissements gravidiques d'une diminution du risque de fausse-couche (Medalie, [271] 1957 - Brandes, [46] 1967 - Jarnfelt-Samsioe et coll., 1983).

Brandes [46] retrouve parmi les femmes sans vomissement ni nausée un taux d'avortement (spontané) de 86 pour 1000, alors que ce taux passe à 49,1 pour 1000 quand la grossesse est associée à des vomissements et/ou nausées. Cette différence de risque de 0,57 est en accord avec celui de Klebanoff : 0,64. [222]

Medalie [271] dans son étude ne retrouve aucun avortement spontané parmi 52 femmes qui présentaient des nausées et/ou des vomissements modérés à sévère alors qu'il relève 11 cas d'avortement sur un groupe de 48 femmes qui présentaient soit des nausées et/ou des vomissements légers soit aucun symptôme.

On peut ainsi présumer que des taux abaissés d'oestrogènes et/ou d' β HCG sont associés avec des grossesses non ou peu viables rendant compte de ces données.

Par ailleurs Weigel et Weigel [386] en accord avec Jarnfelt-Samsioe (1983) ne confirment pas certains résultats, tels :

- l'association de nausées/vomissements gravidiques avec un risque plus faible de prématurité [222, 358] ;
- un risque plus faible [46, 358, 369] ou alors plus élevé d'un faible poids de naissance (Kricker et coll., 1986).

De même, le risque malformatif n'est pas augmenté en cas de vomissements gravidiques. Une étude multicentrique américaine étudiant le risque de malformations sur 16 398 grossesses a montré que le risque relatif global était de 1,10 (intervalle de confiance compris entre 1,01 et 1,2 ; $p=0,03$). Mais après ajustement en fonction de l'âge, de l'origine ethnique, de la parité, du sexe de l'enfant, du centre d'étude et de l'utilisation d'anti-émétiques, le risque relatif lié aux vomissements n'était plus significatif. En revanche, un risque lié à l'utilisation d'anti-émétiques n'était pas formellement exclu [69].

III – HYPEREMESE GRAVIDIQUE ET VOMISSEMENTS COMMUNS DE LA GROSSESSE : DOIVENT-ILS ETRE CONSIDERES SEPAREMENT OU FORMENT-ILS UN CONTINUUM ?

Nous entrons ici de plain-pied dans un champ difficile, parsemé de multiples questions très intriquées. Nous nous engagerons donc prudemment dans cette voie.

Nous souhaiterions ainsi autant que possible, faire apparaître différents niveaux de complexité liés à l'évolution des connaissances et des concepts dans le champ de recherche sur les nausées et vomissements gravidiques.

Nous aborderons pour ce faire plusieurs axes. Le premier d'entre eux concerne ainsi la mise en place d'un nouveau concept, encore à notre sens en évolution et sujet à débat. En effet il se dégage, à travers les publications les plus récentes sur le sujet, le concept d'un spectre, dans la terminologie anglo-saxonne dit des nausées et vomissements de la grossesse ("*spectrum of NVP*") [51].

On pourrait dire ainsi, selon ce modèle, que de l'une à l'autre ces expressions seraient placées aux deux extrémités d'un continuum.

Nous suivrons en cela l'opinion de Goodwin [182], soulignant que toute discussion à propos des vomissements graves de la grossesse se doit d'être replacée dans le contexte élargi du phénomène commun des nausées et vomissement gravidiques.

Ce point de vue apparaît être partagé par d'autres auteurs, parmi lesquels notamment, pour ne citer que ceux-ci : Broussard, Richter [51] et Macy [256].

Pourtant, à première vue, tout indique qu'il semble exister une ligne de démarcation assez claire entre la forme commune des vomissements gravidiques et la forme compliquée, désignée par les anglo-saxons, par le terme d'*hyperemesis gravidarum*.

Alors, comment peut-on comprendre ce positionnement de nature conceptuelle ?

Ceci résulterait d'une vague de recherches cliniques dans le champ de l'épidémiologie visant à une meilleure connaissance de la variabilité d'expression des nausées et vomissements de la grossesse. Ces études ont ainsi connu un développement particulier au cours des deux dernières décades.

Certains comme Gadsby et coll. [164] font de ce point de vue quelques remarques. Ils pointent en premier lieu, que depuis les années 50, seuls 30 articles ont été publiés sur la question de l'épidémiologie des nausées et vomissements de la grossesse, et pour la plupart, centrés sur l'hyperémèse gravidique.

Gadsby et coll. observent ainsi que peu de travaux se sont ainsi intéressés aussi bien aux modalités qui présidaient à l'installation des symptômes qu'à leur résolution. Plus précisément, Gadsby et coll. objectent que sont relativement délaissés toute une

série de paramètres comme par exemple : a) le profil clinique des symptômes sous l'angle de leur variabilité clinique au quotidien et dans le temps, b) la période de la grossesse pendant laquelle apparaissent le plus communément les symptômes, c) la relation qu'il pourrait y avoir entre la précocité des symptômes et leur sévérité, d) ou encore la durée totale des nausées et vomissements gravidiques.

Nous pourrions ajouter que l'étude de Gadsby et coll. met nettement en évidence l'occurrence de nausées de manière dissociée des vomissements et vice versa. Mais curieusement cette observation clinique particulière n'est pas expressément soulignée par ces auteurs.

Par contre, Macy [256] s'interroge quant à lui sur le fait d'envisager ou non les nausées et vomissements gravidiques comme l'expression d'une même entité. Il évoque ainsi l'hypothèse d'un continuum entre ces deux entités.

Nous voyons déjà se dessiner à la lumière de ces quelques remarques une complexité peut-être initialement mésestimé.

Toutefois, ce modèle semble loin d'être validé. Certains comme Whitehead et coll. [389], soulignent qu'il est encore tout à fait impossible de savoir si l'hyperémèse gravidique peut être effectivement considérée comme l'extrême d'un spectre défini par l'ensemble symptomatique des nausées et vomissements de la grossesse.

Whitehead et coll. [389] déplorent par ailleurs la pérennisation du vocable *morning sickness*, dont ils pensent qu'il est inapproprié. De fait ils ne retrouvent pour leur part, sur un échantillon de 10000 femmes enceintes, et exclusivement en période matinale que 18% de sujets présentant des nausées, et 31% des vomissements.

Vellacott et Cook [374] obtiennent un pourcentage analogue (19%) au plan d'une prédominance des nausées matinales.

A contrario, plusieurs auteurs rapportent une discrète prédominance matinale des nausées et vomissements.

L'étude de Gadsby et coll. [164] retrouve ainsi une certaine prédominance matinale des symptômes nauséux. Ces auteurs précisent cependant que leur appréciation est à entendre en fonction d'un intervalle de temps compris entre 6 heures du matin et 12 heures. Ainsi, stricto sensu, ils indiquent que précocement le matin, 4 % des femmes de leur échantillon ont présenté des symptômes.

Il est vrai que la clinique démontre la possibilité d'un vaste polymorphisme. Nous le verrons, nous sommes bien loin d'observer une fixité sous la forme par exemple d'un stéréotype de base, comme le laisserait supposer l'expression anglo-saxonne *morning sickness*, quoiqu'il faudrait bien reprendre rigoureusement ce que les Anglo-saxons entendent sous ce vocable.

En effet, la prévalence des nausées matinales plus ou moins associées à des vomissements reste vrai. Il est utile de souligner que l'expression *morning sickness* recouvre dans son acception d'origine, une constellation polymorphe, dont les nausées et les vomissements représentent les points les plus connus.

Cette constellation englobe de fait, outre les phénomènes nauséux, tout un ensemble de manifestations comme une hypersensibilité aversive à certaines odeurs ou une hypersensibilité aux ambiances lumineuses et/sonores trop vives, parfois un sentiment claustrophobe...En fait, tous les canaux sensoriels apparaissent être impliqués.

Concernant ce cortège symptomatique associé aux transformations physiologiques et à l'impact psychologique de la grossesse à son début sur la femme enceinte, la liste n'est certainement pas exhaustive, car si nous reprenons le concept anglo-saxon de *morning sickness*, il s'agit là, ceci est clair, d'une notion difficile à circonscrire. De même, on pourrait à la limite peut-être y inclure le phénomène bien connu pendant la grossesse des aversions électives pour certains aliments. Les choses se compliquent encore plus si l'on souhaite prendre en considération le phénomène d'hypersalivation. Cette manifestation clinique, bien que décrite très rarement dans ses formes les plus sévères, semble entretenir toutefois selon Erick, un lien étroit avec les nausées et les vomissements gravidiques. [134]

La femme enceinte se révèle ainsi en proie à un bouleversement profond, qui aiguise sa sensibilité générale et démultiplie ses capacités réceptives. Il est de même tout à fait possible d'étendre ces considérations à la vie relationnelle dans ses implications affectives et émotionnelles.

Il apparaît par ailleurs possible de dissocier d'une part le symptôme purement nauséux et d'autre part celui des vomissements gravidiques. Ces deux phénomènes, bien qu'intimement liés entre eux pourraient ainsi être appréhendés séparément, notamment si l'on s'intéresse aux degrés des répercussions de ces manifestations sur la qualité de vie de la femme enceinte.

Les variétés des expressions cliniques joueraient donc comme nous venons de le préciser sur cette différenciation, mais aussi sur toute une série de modulations de paramètres divers comme l'intensité des symptômes, leur chronologie... sans parler des phénomènes annexes que nous avons précédemment évoqués.

Le cadre clinique général du phénomène nausées/vomissements de la grossesse, d'un point de vue purement descriptif, est donc délicat à cerner et à définir.

Certains opèrent ainsi de façon schématique la distinction entre formes modérées (*mild*) et sévères (*severe*). Les vomissements dits incoercibles (*hyperemesis gravidarum*) sont identifiés quant à eux à l'expression la plus sévère qui puisse être observée, et qui, soulignons-le, par de graves répercussions sur le statut nutritionnel et l'équilibre hydro-électrolytique, peuvent engager le pronostic vital, si ils ne sont pas enrayés.

D'autres auteurs, comme Miriam Erick, prennent comme cadre de référence conceptuel, la notion clinique que nous avons esquissée, dite *morning sickness*.

Comme nous l'avons vu, cette notion en clinique anglo-saxonne, dont Miriam Erick fait un usage particulier, n'a aucun équivalent sémantique en français. Selon ce cadre de référence, cette notion recouvre une large palette symptomatique qui repose toutefois sur ces deux piliers que sont les nausées et les vomissements gravidiques, lesquels sont donc entendus de façon distincte.

Pour clore :

Myriam Erick diététicienne de profession, s'appuyant semble-t-il sur une longue pratique auprès de femmes enceintes, a écrit un ouvrage, au titre très éloquent de "*No more morning sickness : A survival guide for pregnant women*" [134], entièrement consacré au problème des nausées et vomissements de la grossesse.

Comme son titre l'indique, en lien avec sa pratique, elle consacre une large part de son ouvrage à l'exposé de nombreuses recommandations et de conseils diététiques visant à aider et soulager les femmes enceintes souffrant de ces symptômes parfois invalidants.

Miriam Erick s'efforce par ailleurs de revisiter certaines vieilles théories explicatives ou quelques idées reçues (ou du moins ce qu'elle considère comme telles). Ainsi, s'attache-t-elle en particulier à combattre par petites touches l'idée d'une participation psychique dans la genèse des vomissements. Cette auteur, consacrant à ce débat le chapitre le plus bref de son ouvrage, balaye ainsi d'un revers de manche, l'idée de toute causalité psychique dont pourraient être "entachés" les vomissements gravidiques.

Miriam Erick replace en somme au centre du débat, le soubassement biologique sur lequel s'enracineraient ces manifestations.

Afin de revenir à cet effort classificatoire, les symptômes rattachés au cadre clinique *morning sickness* se trouvent donc séparés, en deux formes : l'une d'expression modérée et la deuxième plus sévère.

Par ailleurs, notons-le, Miriam Erick appartient à cette catégorie d'auteurs soutenant l'hypothèse d'un continuum et donc de processus possibles de passage entre les formes modérées vers les formes sévères.

IV – L’HYPEREMESE GRAVIDIQUE

1) Aspects cliniques.

a) Critères cliniques diagnostiques :

L’hyperémèse gravidique est une affection du 1^{er} trimestre apparaissant généralement entre la quatrième et la dixième semaine de la grossesse.

Dans la plupart des cas, les nausées et vomissements disparaissent autour de la vingtième semaine.

Ces femmes atteintes de vomissements graves dits incoercibles, et fréquemment associés à de fortes nausées sont souvent hospitalisées dans un état de déshydratation. Une perte pondérale supérieure à 5% est souvent observée, qui peut passer inaperçue en raison d’un surpoids fréquent chez ces patientes.

Sur le plan des examens biologiques de première intention, peuvent être retrouvées des β HCG urinaires augmentées, une cétonurie et au niveau sanguin, une élévation de l’urée, de l’hématocrite indiquant une déshydratation extracellulaire. Il peut être de même mis en évidence une hyponatrémie, une hypokaliémie, et/ou une hypochlorémie, et parfois une élévation des aminotransférases hépatiques ainsi que de la bilirubine.

Le diagnostic différentiel de l’hyperémèse gravidique peut être difficile. Chez certaines patientes diabétiques peut être évoquée une gastroparésie. En cas de douleurs abdominales associées, il faudra aussi penser à l’éventualité d’un ulcère gastro-duodéal.

Quoiqu’il en soit, il est essentiel de souligner que le diagnostic d’hyperémèse gravidique est un diagnostic d’élimination.

b) Epidémiologie :

Les vomissements graves du premier trimestre restent rares. Leur incidence exacte reste encore mal établie et pourrait varier de 3 pour mille à 1%, selon Kallen, 1987

cité par Abell et Riely [1], selon Hod et coll. [201], les estimations d'après leur revue de la littérature, varient de 0,5 à 10 pour 1000.

Un certain nombre de facteurs associés avec un risque accru de survenue de vomissements graves ont été identifiés, comprenant : une surcharge pondérale, la nulliparité et les grossesses gémellaires. D'autres facteurs tels un âge maternel avancé et l'existence d'un tabagisme seraient par contre associés à un risque moindre de vomissements graves [1].

FACTEURS ASSOCIES AVEC HYPEREMESIS GRAVIDARUM [1]

<u>FACTEUR</u>	<u>RATIO</u>
Age maternel > 35 ans	0,6
Surcharge pondérale	1,4
Nulliparité	1,4
Tabagisme	0,7
Grossesse gémellaire	1,5
Perte foetale	0,7

Les variations en fonction de la géographie :

- C'est ainsi qu'Horwitz (1883), cité par Fairweather [141] rapportait que l'hyperémèse de la grossesse était observée de façon plus commune en France, en Angleterre et aux Etats-Unis plutôt qu'en Russie ou en Allemagne.

- Dieckmann établit en 1938 une incidence moyenne de 0,87% pour les USA, 1,48% pour la Grande-Bretagne, 1% pour le reste de l'Europe, et seulement 0,19% pour l'Asie et l'Afrique. [117]

Certains auteurs écrit Fairweather ont ainsi apporté des éléments suggérant peut-être une influence de la race (de la culture aussi pourrait-on dire ?) et de la couleur de peau quant à la survenue des vomissements graves de la grossesse. Ainsi Théobald (1930) cité par Fairweather, déclare que l'hyperémèse gravidique est presque inconnue en Asie du Sud-Est (Siam).

Dieckmann (1938) [117] quant à lui déclare que l'incidence des vomissements de la grossesse est basse au sein des tribus natives africaines, ainsi qu'en Orient.

A contrario d'autres auteurs cités par Fairweather (tels Fitzgerald et Webster, 1938) soutiennent que ni la race ni la couleur n'ont d'influence sur l'hyperémèse de la grossesse. Selon les propres observations de Fairweather la couleur tout autant que la race auraient peu d'influence sur l'hyperémèse gravidique.

Par ailleurs, l'accord est général selon Fairweather pour dire que le statut marital n'a aucune influence sur l'hyperémèse de la grossesse. Même au sujet de ce que l'on désignait à une certaine époque du nom de grossesse « illégitime », il n'a jamais été démontré de lien avec l'hyperémèse gravidique, situations où pourtant on aurait pu s'attendre à un rejet de l'enfant. Fairweather [140] confirme ces données dans ces dernières études, ne retrouvant aucune corrélation autant avec l'« illégitimité » de la grossesse que la notion d'une conception pré-nuptiale.

- L'âge :

En-dehors de Barrucand [18] (1968) qui retrouve une prévalence de femmes jeunes, Fitzgerald [150] (1984), Medalie [271] (1957), Netter-Munkelt [289] (1972) ou Uddenberg [370] (1971) ne retrouvent pas quant à eux de corrélation avec l'âge.

-Influences d'autres facteurs sur l'hyperémèse gravidique :

Notion d'antécédents de vomissements sévères de la grossesse :

D'autres associations, Hod et coll. [201] le signalent, ont été retrouvées : la notion d'hyperémèse gravidique dans une grossesse précédente et la notion d'une interruption de grossesse antérieure.

L'hyperémèse gravidique tendrait selon certains auteurs à récidiver lors des grossesses suivantes. Selon Fairweather cette notion serait « confirmée » par la plupart des traités d'Obstétrique. Fairweather [141], quant à lui, retrouve dans une étude un taux de 26,6% de patientes hospitalisées pour hyperémèse gravidique, présentant des antécédents de vomissements graves lors de précédentes grossesses.

Fairweather [141] collectant et analysant les données issues de plusieurs centres différents note, que si seule est considérée la population de race blanche, l'incidence de l'hyperémèse gravidique apparaît alors plus élevée au cours de la première grossesse ($p < 0,02$). Par ailleurs, au sein des populations de « couleur », l'auteur ne retrouve pas de différence significative entre la première grossesse et les suivantes.

c) Evolution et pronostic :

De nos jours hyperemesis gravidarum n'est plus ou alors exceptionnellement une cause de décès. Cependant avant les des années quarante, début et progrès de la réanimation et des techniques de réhydratation et de rééquilibrage électrolytique, c'était une cause non rare de mortalité. Les anciens auteurs tel Dubois en 1852 non seulement recommandait l'interruption de la grossesse, mais la considérait comme une urgence.

La prise en charge médicale, il faut le souligner, est capitale et l'hyperémèse gravidique constitue une urgence en cas de signes sévères de déshydratation et de dénutrition.

Les complications peuvent être de fait redoutables telles la possibilité d'une encéphalopathie de Gayet-Wernicke et myélise centropontine. [294]

d) Le problème de la récurrence de vomissements graves au cours d'une même grossesse. :

Le problème d'une hyperémèse gravidique récurrente au cours d'une même grossesse, est une complication frustrante et peu étudiée. De manière rétrospective, Godsey le souligne, ce problème n'est pas mis en évidence dans littérature. Les taux de réadmissions apparaissent en général faible.

Il apparaît à cet égard intéressant de nous pencher sur l'étude de Godsey [177]. Dans cette étude, Godsey met en évidence le difficile (qualifié même d'extrêmement frustrant) problème des hospitalisations récurrentes pour vomissements gravidiques.

Cet auteur a inclus dans son étude 140 patientes (hospitalisées entre 1979 et 1987), ayant présenté des vomissements suffisamment sévères pour nécessiter une réhydratation et un rééquilibrage ionique IV. Dans ce groupe, 39 patientes ainsi ont été admises à plusieurs reprises pour des vomissements récidivants.

Godsey signale ainsi que seules donc 39 patientes sont concernées pour plus de la moitié de 220 admissions sur une période de 9 ans.

En dépit de l'existence de nombreux travaux établissant jusqu'alors l'impact négligeable de l'hyperémèse gravidique sur les paramètres foetaux, cette étude tend cependant à mettre en évidence des perturbations nutritionnelles plus sévères, associées à une réduction significative de la prise de poids maternelle et du poids de naissance de l'enfant.

Il est à préciser que sous certains aspects la mise en évidence de récurrence constitue un problème relativement nouveau. Si on se reporte rétrospectivement à la littérature, il est retrouvé de fait un faible taux de réadmissions. Toutefois était rapporté un nombre certain de cas d'interruption thérapeutique de grossesse en raison de résistance à la thérapeutique, et de même le décès de la patiente était loin d'être un fait exceptionnel. Des données plus récentes issues des travaux de Fairweather laisse apparaître un taux de réadmission de 18% dans nombre de centres britanniques et de 35% aux USA.

L'étude de Godsey comparant les caractéristiques cliniques entre les femmes présentant une seule admission et celles hospitalisées plus d'une fois révèle de façon significative peu de différence, si ce n'est :

- 1) - Un plus grand nombre de nullipares parmi les patientes admises plusieurs fois,
- 2) - De même ces patientes présentaient plus souvent un ptyalisme (59% vs 9%),
- 3) - et des vomissements persistants au-delà de 24 heures après l'admission (69% vs 23%).

L'étude a ainsi permis de mettre en évidence des facteurs prédictifs de récurrence. Il est apparu ainsi que:

- la persistance des vomissements en dépit de l'admission,
- l'existence d'un ptyalisme, étaient peut-être les marqueurs d'un désordre plus sévère.

D'autres critères tels la nulliparité et aussi l'existence d'anomalies du bilan hépatique se sont révélés être corrélés avec les réadmissions, mais pas aussi fortement.

Ces patientes avec ces caractéristiques peuvent être donc considérées à risque de récurrence.

Par ailleurs, les nombreux travaux existants jusqu'alors, avaient établis on le sait, un impact négligeable de l'hyperémèse gravidique sur les paramètres foetaux. C'est avec surprise écrit Godsey, qu'a donc été constaté une répercussion sur la croissance foetale.

Bien qu'il aurait été intuitivement logique de retrouver un tel fait, la plupart des études disponibles jusqu'à maintenant avaient infirmé cette prédiction.

Ainsi, Fairweather [141] étudiant 105 hyperémétiques ne retrouve que deux enfants à un poids <10%.

Klebanoff et coll. [223] étudiant près de 10 000 femmes présentant des vomissements du 1^{er} trimestre ne trouvent aucune différence concernant le poids des enfants entre femmes sans ou avec vomissements.

e) Impact sur le déroulement de la grossesse et sur le développement foetal :

Retentissement sur le déroulement de la grossesse :

-Pathologie gravidique (toxémie, éclampsie...) :

Fairweather [141] (1968) ne retrouve pas un risque plus élevé de toxémie parmi une population de femmes souffrant d'hyperemesis gravidarum, comparativement à une population obstétricale générale.

-Peckam (1929) cité par Fairweather [141], notait que : « *dans un très grand pourcentage les femmes souffrant d'hyperémèse gravidique avortent spontanément parfois après l'arrêt des symptômes.* »

Fitzgerald (1956), cité par Fairweather [141] retrouve 24 avortements spontanés sur 453 cas d'HG, soit un taux d'avortement de 5,3%, ce qui, souligne Fairweather, n'est pas excessif.

Fairweather [141] sur une étude faite en 1965, ne signale pas une incidence plus élevée d'avortement spontané parmi une série de cas d'hyperémèses gravidiques comparativement à une population obstétricale générale.

Retentissement sur le développement Foetal

Weigel et Weigel [385] signalent que selon certains auteurs (tels Kricker et coll , 1986), ont évoqué la possibilité d'un risque foetal plus élevé en cas de vomissements gravidiques, le risque s'élevant en cas de sévérité des vomissements (hyperemesis). Indépendamment de la prise d'anti-émétiques, ce risque concernerait à la fois des anomalies du squelette, et des tissus mous (par ex. des malformations palatines).

L'études de Weigel et Weigel [389] (1989) ne semble pas corroborer ces suppositions.

Hallak, Tsalamandris et coll. [193] (1996) ont quant à eux étudiés une série de grossesses marquées par des vomissements graves (Hyperemesis Gravidarum). Leur étude incluait 138 patientes sur une période comprise entre 1984 et 1991.

Les sujets inclus dans l'étude ont ainsi été classés dans trois groupes (HG modéré, HG sévère...) selon la présence d'au moins un des critères suivants : cétonurie, élévation de l'urémie et de l'hématocrite, et/ou d'anomalie des électrolytes et un groupe contrôle a été constitué incluant toutes les femmes dont les données étaient disponibles pendant la période considérée.

Résultats :

Les données démographiques ne sont pas différentes entre les groupes. 40 patientes ont un HG modéré, 98 patientes ont un HG sévère. 12 335 patientes contrôles. Le

poids moyen de l'enfant était de 3,110, 3,093, et 3,160 dans le modéré, le sévère et le contrôle.

→ L'incidence d'anomalie congénitale était de 2,5%, 2%, 1,6%, respectivement.

→ L'incidence de prématurité était de 17,5%, 11,2%, 10,7%.

Conclusion : contrairement aux études déjà réalisées antérieurement cette étude démontre que les foetus de femmes hospitalisées pour HG ne présentent pas :

- d'élévation de risque de retard de croissance,
- d'anomalie congénitale,
- ou de prématurité.

2) Hypothèses physiopathologiques

En guise de préambule :

Dans une lettre, J. Laferla [228] s'étonne à propos de l'article de Depue [106] (laquelle concerne une étude relative à l'association des taux d'oestradiols et d'hyperemesis gravidarum), de ne pas retrouver de considérations sur les facteurs psychologiques associés.

J. Laferla adresse à Depue la critique d'être une fois de plus tombé dans le vieux piège d'établir une causalité linéaire avec les données exposées. Ce qui est tout à fait regrettable en l'occurrence car en effet Laferla soutient que l'hyperémèse gravidique est un exemple maintenant bien établi de syndrome multifactoriel et qui doit être compris et traité de la sorte.

Katon et coll. [217] pour leur part mettent en relief l'importance d'une composante organique dans la genèse de l'hyperémèse gravidique. Ceci est illustré selon eux par le fait que 88% des femmes présentent un syndrome nauséux et des vomissements modérés durant leur grossesse. Par ailleurs, ils signalent que en général, le pic de survenue de l'hyperémèse gravidique coïnciderait invariablement avec le pic incidence « morning sickness ».

De plus les données épidémiologiques reconnaissent un risque accru d'hyperemesis gravidarum au cours des grossesses multiples, en cas d'antécédents d'interruption de grossesse, en cas d'antécédents d'hyperemesis gravidarum. Ces évidences, selon Katon et coll. accèdent la responsabilité d'un élément organique au sein d'une étiologie multifactorielle.

Quoiqu'il en soit, l'étiologie spécifique de l'hyperemesis gravidarum reste encore inconnue en dépit de recherches nombreuses et approfondies menées au cours de ces trente dernières années. Comme pour les nausées et vomissements communs de la grossesse, l'hyperémèse gravidique reste encore sans véritable explication. Les théories contemporaines associent ainsi des modèles établissant une psychogénèse à d'autres modèles à base biologique.

Les divers facteurs qui ont pu être ainsi mis en cause désigneraient, de façon non exhaustive : des perturbations du métabolisme des carbohydrates, d'un déficit en vitamine B6 ou bien une origine endocrine...

Toutes ces pistes ont été explorées par des études cliniques mais aucune n'a pu être démontré de façon incontestable.

Hod et coll [201] soulignent ainsi que la question du rôle et de l'existence d'influences d'ordre psychologique reste posée. Ces auteurs considèrent en effet cette dimension comme essentielle à l'expression des symptômes, se référant pour étayer cet argument, aux travaux notamment de Fairweather ou de Semmens.

- Les Facteurs Hormonaux :

Dans leur revue de la littérature, Snell & coll. [340] situent la question de l'hyperémèse gravidique dans une perspective essentiellement biologique, ainsi le titre de leur article est à cet égard sans ambiguïté : « *Metabolic Crisis : Hyperemesis Gravidarum* ».

Il est vrai qu'il existe actuellement un consensus sur la place tenue par certains facteurs hormonaux dans la genèse des nausées et vomissements de la grossesse.

La théorie ainsi la moins controversée semble conférer une part essentielle au plan étiologique à deux types d'hormones depuis longtemps suspectées : les oestrogènes et l' β HCG.

En lien avec l'incidence reconnue plus grande de l'hyperémèse gravidique dans les grossesses multiples et les grossesses molaires, a été de fait postulé une relation avec le taux d' β HCG.

Les études menées afin de confirmer cette hypothèse ont toutefois livré des résultats contradictoires.

Il reste cependant, selon Hode et coll. [201], que de nombreuses études retrouvent des taux élevés d' β HCG, bien que certaines à l'opposée ont mise en évidence des valeurs normales ou même inférieures à la normale.

Par ailleurs, Shute (1941) cité par Fairweather [141], qui mesurait semble t'il de façon routinière les taux d'oestrogènes au cours de la grossesse, retrouve cependant, un degré identique de nausées et vomissements chez des patientes avec soit des taux bas, normal et élevés d'oestrogènes.

Quant à Finch (1942) cité par Fairweather [141], cet auteur note chez des patientes ayant soufferts de nausées et de vomissements pendant la grossesse, des effets secondaires à type de même de nausées et de vomissements après l'administration de diéthylstilbestrol. A contrario, Finch relève une tolérance élevée avec l'administration de hautes doses chez des femmes n'ayant pas présentées de nausées et de vomissements gravidiques. Il met en évidence par ailleurs chez des patientes intolérantes à des doses thérapeutiques de diethylstilbestrol, la possibilité d'une « désensibilisation » rapide en utilisant une adaptation graduelle des doses jusqu'à l'obtention de la dose thérapeutique.

Enfin certains vomissements graves de la grossesse pourraient être en relation avec des hyperadrennergies, certains désordres thyroïdiens, et citons que même dans certains cas a pu être évoqué la responsabilité d'une position latérale droite anormale du corps jaune, qui serait ainsi supposé délivré de grandes quantités d'oestrogènes au niveau du système porte hépatique.

Selon Hod [201] la mesure des concentrations d'hormone corticotrope, de cortisol, d'oestrogènes, de progestérone, de FSH, de TSH, de GH, et de prolactine n'a pas montré d'anomalie chez ces patientes. Il n'a pas plus été retrouvé d'anomalie ou de changement significatif sur le plan des concentrations sériques de zinc ou de cuivre chez les femmes hyperémétiques comparées aux femmes enceintes « normales ».

L'hyperthyroïdie et l'hyperparathyroïdie :

Selon Broussard et Richter [51] des études contrôlées ont retrouvé des anomalies des fonctions thyroïdiennes chez des patientes atteintes d'hyperémèse gravidiques. Certaines de ces études rapportent que 40% à 73% de ces patientes, ont un index de thyroxine libre (T_4) élevé. Ainsi, une corrélation a été signalée entre la sévérité des nausées et des vomissements et l'élévation de la T_4 et une déflexion de la TSH. Il faut enfin signaler que ces anomalies sont non seulement transitoires et concomitantes de la grossesse, mais aussi vont habituellement régresser avec l'avancement de la grossesse. Le mécanisme de l'élévation des taux d'hormone thyroïdienne reste encore inconnu.

Il est donc toujours nécessaire d'apprécier la nature transitoire des altérations thyroïdiennes pendant la grossesse avant de conclure à un diagnostic de thyrotoxicose. Enfin, Broussard signale l'existence de quelques cas rapportés d'hypercalcémie et d'hyperparathyroïdie associés avec une hyperémèse de la grossesse et reliés à des adénomes des parathyroïdes.

Les mesures de thyroxinémie restent discutées cependant quant à leur exacte signification. Il faut noter cependant qu'il est observé dans un tiers des cas environ d'hyperemesis une hyperthyroïdie biologique transitoire. Bober et coll. cités par Hode ont démontré l'élévation de thyroxine libre et une réponse non adéquate de la TSH à la TRH chez les patientes hyperémétiques à leur admission. Il apparaît de fait que le taux de thyroxine libre se normalise avec l'amendement des vomissements et se maintient à leur niveaux physiologiques après le post-partum. La signification de ce phénomène comme cause ou effet de l'hyperemesis reste encore indéterminée selon Hode.

Cependant on admettrait actuellement que la glande thyroïde est stimulée au début d'une grossesse normale et ce d'un point de vue tout à fait physiologique. Pour qualifier ce phénomène les anglo-saxons utilisent ainsi le terme de « gestational transient thyrotoxicosis ». Il apparaîtrait ainsi selon une avancée récente que la cause de cette hyperthyroïdie serait étroitement associée à l'HCG.

Les endorphines :

A pu être évoqué ainsi une anomalie au niveau du système des endorphines qui pourrait concerner une insuffisance de production d'endorphine ou un problème de fixation des endorphines au niveau des récepteurs placentaires ou bien une altération de la réponse centrale et/ou périphérique, et par ailleurs est aussi évoqué une élévation d'une β 1-glycoprotéine spécifique de la grossesse.

Autres types d'hormone : la sérotonine :

Une étude relativement récente (Borgeat, Fathi et Valiton, Février 1997) [40] rend compte d'une exploration de l'excrétion de sérotonine dans le cas de nausées et vomissements sévères. Cette étude n'a pas retrouvé ainsi de différence significative quant à l'excrétion de sérotonine.

- La vitamine B6 :

Beaucoup d'études selon Hode [201] montreraient qu'il y aurait une déficience en vitamine B6, déficience qui serait une des causes des vomissements. Reinken et Gant cités par Hode proposent qu'une possible explication concernant cette déficience acquise soit lié aux besoins accrus en B6 en raison de changements dans le métabolisme protidique. Cependant cette question reste peu élucidée.

- Les anomalies des fonctions hépatiques

Certains auteurs considèrent comme une cause de l'hyperémèse gravidique la très forte inflation hormonale accompagnant la grossesse ceci alors que la réponse des systèmes hépatiques concernés est plutôt assez lente. Le foie est un site majeur du

catabolisme des stéroïdes. Il est attesté que des anomalies biologiques hépatiques sont communément associées avec l'hyperémèse gravidiques.

- Les lipides

Afin d'étudier l'influence des facteurs diététiques sur le risque de survenue de vomissements gravidiques sévères, Signorello et coll. [335] ont conduit en période pré-conceptionnelle, une étude contrôlée (44 patientes hospitalisées en raison d'un HG pour 87 patientes "contrôles"). Ces auteurs ont plus particulièrement pris en compte l'apport en lipides. Les résultats de l'étude révèlent ainsi qu'un apport journalier élevé en lipides augmentait le risque de développement d'une hyperémèse gravidique. Les corps gras saturés apparaissent jouer un rôle majeur dans cette association.

- Les dysrythmies gastriques :

Certaines études récentes évoquent la possibilité de dysrythmies gastriques en association avec l'existence d'un reflux oesophagien.

- Quelques réflexions par Whitehead et coll. [389]

Selon Whitehead et coll. il est admis généralement que les hormones de la grossesse sont à l'origine de l'état nauséux et donc à la base des vomissements gravidiques. Cependant il apparaît n'y avoir aucune preuve définitive qui viendrait confirmer cette supposition. Whitehead et coll. ont ainsi cherché à examiner d'autres facteurs qui pourraient être associés au déclenchement des nausées et vomissements de la grossesse avec l'idée à plus longue échéance de l'identification de l'étiologie de ce symptôme. Whitehead et son équipe ont pu aussi mettre en relation entre la grossesse, les changements gustatifs et les nausées, et des effets possibles de facteurs immunitaires qui modulent la réponse émétique.

Whitehead rappelle l'existence d'une corrélation significative chez certaines patientes entre une prédisposition aux vomissements chimiothérapie-induits et des antécédents de grossesses marqués par des vomissements importants. Par ailleurs il a été de même établi que l'incidence de vomissements en période post-opératoire et

leur réponse à un anti-émétique est apparue varier en fonction de la phase correspondante du cycle menstruel.

Déterminer à propos de telles prédispositions une origine hormonale et/ou génétique semble être actuellement bien difficile. Cependant, s'il faut retenir l'éventualité d'une modulation hormonale de la réponse émétique, comme ceci semble être le cas lors de la grossesse, il apparaîtrait que cette modulation, quoiqu'il en soit, ne peut résulter que de la mise en jeu d'une commande complexe à partir d'un circuit neuronal. Ainsi, une telle modulation, selon Whitehead, ne peut en aucun cas trouver une élucidation à partir de simples mesures d'hormones ou d'autres facteurs circulants.

V – PRESENTATION DE TROIS VIGNETTES CLINIQUES

Nous avons eu la chance d'être autorisé à rencontrer des femmes hospitalisées pour hyperémèse de la grossesse. Nous avons ainsi réalisé des entretiens avec trois patientes admises dans le service de Monsieur le Professeur SCHWEITZER (unité Richon II).

Nous présentons donc ci-après trois observations :

OBSERVATION N° 1

Avril 1996.

Mme C. âgée de 25 ans, primipare, quatrième geste, est adressée par son généraliste pour vomissements depuis 3 jours, avec intolérance alimentaire totale.

De nationalité française, Mme C. possède un niveau d'étude technique. Elle est mariée avec un homme d'une vingtaine d'années.

-Sur le plan Gynéco-Obstétrical nous retrouvons la notion:

-d'un I.V.G. quelques années avant sa première grossesse.

-d'une F.C. spontanée avant sa première grossesse à 3 mois et demi de grossesse soldée par une délivrance artificielle après expulsion et compliquée d'une C.I.V.D. (8 jours d'hospitalisation en réanimation).

- Soulignons qu'enfin la 1^{ère} grossesse de Mme C., menée à son terme (accouchement à 38 S.A.) a été émaillée par 2 hospitalisations en raison de vomissements. Par ailleurs un cerclage a été nécessaire à 15 S.A. 1/2, Mme C. présentant des I.U. récidivantes à E.Coli.

-A l'admission : la TA est à 13/7, il n'est pas retrouvé de signes de déshydratation, la perte pondérale est de 2 Kg. Mme C. se plaint par ailleurs de brûlures épigastriques.

Le bilan biologique montre une kaliémie très discrètement abaissée à 3,65 mmol/l , laquelle se corrigera rapidement (3,9 mmol/l le 21/04 puis 4,4 mmol/l) après un programme de perfusions .

Le poids de 45,5 Kg à l'entrée remonte à 47 Kg, pour se stabilisé ensuite à 46 Kg

Une vérification échographique met en évidence une grossesse unique viable à 9,5 S.A..

- Un avis psychiatrique est demandé auprès du Dr S. ROTHENBURGER.

Mme C est apparue exprimer une grande angoisse, évoquant le souvenir de sa fausse-couche et disant craindre la réitération des vomissements comme lors de sa grossesse précédente.

Par ailleurs, Mme C. ne signale pas de problème familiaux et/ou professionnels majeurs.

A noter que la patiente a pu s'ouvrir auprès d'un membre de l'équipe, avouant ainsi provoquer elle-même les vomissements, et ceci à plusieurs reprises dans la journée, pour "se soulager de son angoisse".

- Interview de Mr C. :

Au premier abord, Mr C. souligne la nature très anxieuse de sa femme qui "amplifie tout ", exprimant parfois des craintes de type hypochondriaques. Il précise un manque de confiance en elle, sa sensibilité à la critique. "Elle a toujours peur de ne pas être assez bien ".

Mme C. appréhenderait le regard de sa belle-mère, adressant souvent à son mari des : "...Qu'est ce que ta mère va dire?...".

Mr C. confirme la difficulté psychologique d'une précédente grossesse avec des manifestations anxieuses importantes, cette période ayant été marqué par des événements importants : ouverture par Mme C. d'un commerce et le mariage du couple.

Concernant le début de cette grossesse, Mr C. ne signale pas de problème particulier, en dehors de vomissements matinaux quotidiens apparus aux environs de quatre semaines d'aménorrhée. De plus, Mr. C. rend compte de l'aggravation soudaine des vomissements gravidiques.

Mr C. souligne enfin la tendance de sa femme à " régresser au cours de ses grossesses". "Il faut la couvrir" commente-t-il.

Commentaire :

L'observation de Mme C. nous apparaît présenter plusieurs points importants. En premier lieu, notons au niveau des antécédents : la notion d'une première grossesse marquée par une menace de fausse-couche et la survenue de vomissements suffisamment sévères et prolongés ayant nécessité deux prises en charge hospitalières.

Ainsi, ce qui domine cette observation en première approche, c'est bien une tonalité anxieuse que le discours de Mme C. à cet égard rend clairement explicite. Nous repérons nettement une angoisse presque flottante très mal tolérée. Cette patiente reconnaîtra aller jusqu'à provoquer elle-même les vomissements dans le but d'atténuer la charge anxieuse. Faut-il interpréter ceci comme un procédé auto-calmant, concept cher aux psychosomaticiens... ou bien est-ce un fantasme agit en forme de tentative de maîtriser une grossesse à risque de s'interrompre ?

OBSERVATION N°2

Avril 96.

Mme L. âgée de 32 ans, troisième geste, secundipare, est adressée par le Dr H. en raison de vomissements incoercibles du 1^{er} trimestre de grossesse. Un traitement anti-émétique ambulatoire par PRIMPERAN et VOGALENE s'est révélé insuffisant pour contrôler la symptomatologie.

De nationalité française, Mme L. possède un niveau d'études secondaires. Elle est employée ainsi que son conjoint dans une administration.

-Sur le plan des antécédents familiaux : RAS.

-Sur le plan des antécédents personnels : il n'est pas retrouvé de pathologie antérieure à la grossesse.

-Sur le plan des antécédents gynécologiques et obstétriques :

-Mme L. est réglée depuis l'âge de 12 ans et la durée de ses cycles est régulière à 28 jours.

- 2 grossesses sans particularité ont été menées à terme à six ans d'intervalle.

-Grossesse actuelle: son début est estimé à fin mars. La date de l'accouchement est prévue fin décembre.

A l'admission:

La TA est à 11/6. Le poids est de 55,4 Kg. La perte pondérale est estimée à 4 Kg. Mme L. présente des vomissements importants alimentaires et bilieux et une grande asthénie.

L'examen gynécologique est sans particularité : le col est long, postérieur et fermé, il n'y a ni métrorragies ni leucorrhées.

Une échographie pelvienne met en évidence une grossesse gémellaire, bichoriale, biamniotique, évolutive à 7 S.A.

Le bilan biologique retrouve à l'entrée une discrète hypokaliémie à 3,9 mmol/l. La diurèse est mesurée à 350 ml les premières 24 heures.

La patiente est mise en **isolement** et sous perfusions.

Sur le plan de l'évolution une légère prise de poids est notée à 55 Kg, alors que les vomissements persistent, mesurés en volume à 700 cc/jour en moyenne. Une reprise de la diurèse est observée.

-Une consultation est demandée auprès du Dr ROTHENBURGER, psychiatre attachée.

Mme L. exprime une anxiété en relation avec son activité professionnelle et apparaît mettre au premier plan ses préoccupations avec son travail. Elle déclare envisager de suspendre son activité au terme de son congé maternité.

La patiente mentionne par ailleurs un léger épisode dépressif assez bref en 1995 ayant nécessité un arrêt de travail de 8 jours.

Notons par ailleurs que Mme L. a abordé succinctement la question de ses liens avec sa mère, précisant entretenir une relation particulièrement étroite avec elle.

Commentaire :

Par les traits anxieux autour de préoccupations dominantes à thématique professionnelle, Mme L. nous rappelle l'observation de Le Lirzin [241], lequel évoque une jeune femme "cadre dynamique", hospitalisée et isolée pour vomissements sévères de début de grossesse. Cette patiente à la faveur de quelques entretiens, Le Lirzin le souligne, fait ainsi apparaître un vécu d'empiètement de sa grossesse débutante sur son engagement professionnel : *« il n'y avait pas de place pour la maternité et pour l'enfant. Peu à peu elle s'en rendit compte, se vivant de plus en plus comme mère [...] C'est comme si elle avait découvert une autre dimension d'elle-même. »*



Il apparaît par ailleurs que les suites du curetage ont été difficiles, retardant la possibilité de débiter une autre grossesse. Mère d'un unique enfant, qui est dans sa troisième année, Mme P. qui met en avant son âge, suggère que "le temps presse maintenant".

Ainsi Mme P., encore marquée par le souvenir de sa fausse-couche, est traversée en ce début de grossesse par une angoisse importante qu'elle relie spontanément à l'éprouvé anxieux de sa fausse-couche.

Mme P. précise par ailleurs que cette grossesse interrompue a été également très douloureusement vécue par son mari.

Les modalités des vomissements décrites par Mme P. nous sont apparues, remarquables par leur intensité particulière.

Cependant, leur acceptation paradoxalement prolongée ne manque pas de nous frapper.

Evoluant depuis près de trois semaines environ, ces vomissements incoercibles ont fini par contraindre Mme P. à interrompre son travail.

Les vomissements n'ont pas cessé malgré une consultation, à la fréquence de 4 à 5 épisodes quotidiens, éreintant littéralement Mme P. selon ses propres termes.

A l'extrême, la patiente décrit des efforts d'expulsion de sécrétions biliaires et salivaires.

Une asthénie majeure s'est progressivement installée, entravant Mme P. dans son fonctionnement, l'obligeant même les jours précédants l'hospitalisation à un alitement permanent.

Par ailleurs, Mme P. rapporte depuis le début de sa grossesse une sensibilité olfactive exacerbée, allant jusqu'à rendre insupportable l'odeur même du dentifrice.

Mme P. s'interroge et tente de donner du sens à ce qu'elle vit. Cependant le vécu de souffrance endurée à travers la violence presque indicible des vomissements demeure à l'évidence peu symbolisable. Mme P. recourt ainsi à une forme de pensée magique et s'accommode de la vérité populaire qui interprète volontiers la survenue de vomissements comme le signe d'une grossesse évoluant dans les normes.



Il nous paraît tout aussi prioritaire de mettre en relief l'évolution clinique spectaculaire constatée dès l'hospitalisation. La question se pose ici manifestement du rôle joué par la mesure d'isolement dans la rapidité de l'amendement des vomissements.

Comment de fait discuter de la place de l'isolement dans l'obtention du contrôle de l'hyperémèse, au vu des éléments cliniques que nous possédons ?

L'isolement aurait-il ainsi de facto permis à Mme P. de mettre en quelque sorte à distance tout un ensemble de perturbations émotionnelles ?

Nous pouvons en effet relever au travers du discours de Mme P. de nombreux éléments à fort potentiel anxiogène en terme d'événements de vie. La place de certains facteurs psychologiques ne peut donc être ici minorée dans la pathogénie des vomissements.

Le premier et le plus directement explicite de ces facteurs, nous semble être à l'évidence en rapport avec le sentiment d'insécurité déterminé par les antécédents de fausse-couche. L'anxiété majeure exprimée à ce sujet par Mme P. est là pour en témoigner.

Il apparaît par contre peu probable que les vomissements gravidiques présentés par la patiente puissent avoir véritablement un quelconque lien avec des facteurs relationnels, notamment au niveau de l'environnement familial.

De principe, nous tenons à formuler cette remarque, car il a été fréquemment fait l'hypothèse que, bien souvent sinon dans une majorité de cas, les femmes hospitalisées pour une hyperémèse de la grossesse avaient un profil de personnalité immature avec en corollaire un état de grossesse contribuant chez ces jeunes femmes à renforcer une relation de forte dépendance avec le mari ou d'autres figures d'autorité appartenant à l'entourage familial immédiat.

Il est manifeste que Mme P. ne répond pas à cet archétype psychologique.

Enfin et en dernier lieu, si au plan de la génèse des vomissements, les facteurs psychologiques sont sans nul doute impliqués, en particulier sous la forme d'un trouble anxieux avéré, ils n'apparaissent cependant pas comme prévalents. A notre sens, le caractère d'extrême intensité et de violence des symptômes ne peut trouver

de manière satisfaisante toute élucidation d'une pathogénie sur la seule base de prédispositions psychopathologiques.

Aussi, cette interrogation soulève le problème de l'existence de possibles facteurs associés restant sur le principe à mieux évaluer. De ce point de vue, nous pouvons évoquer la notion notamment chez cette patiente d'une sensibilité olfactive exarcebée.

En conclusion :

Il nous semble que cette observation pose avec une particulière acuité le délicat problème de la mise en place d'une mesure d'isolement, notamment au plan des présupposés thérapeutiques reliés à cette pratique, c'est-à-dire la mise à distance de la patiente de certaines influences psycho-affectives et relationnelles potentiellement considérées comme délétères.

On peut difficilement nier toutefois que, en première ligne, l'effet de l'hospitalisation a été thérapeutique et que cette action a été peut-être renforcée par la mise en isolement, comme pour marquer une coupure. Mais la question se pose : où se situe symboliquement cette césure ?

La question reste pour nous ouverte...

5^{ème} PARTIE

PSYCHIATRIE PERINATALE ET VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

Une étude médico-psychologique des vomissements sévères de la grossesse.

I - LA PSYCHIATRIE PERINATALE : DEFINITION, CADRE THEORIQUE ET PRATIQUE.

1) Le champ théorico-clinique de la psychiatrie périnatale : généralités.

- Racines historiques de la psychiatrie périnatale :

Le concept de psychiatrie périnatale de manière étonnante n'a rien de nouveau., Mazet, Lebovici et Simonnot [266] précisent ainsi que ce concept est même ancien. Hommage doit être ainsi rendu à Esquirol, et à Marcé un de ses élèves. En 1858, Marce fut le premier psychiatre dans son traité "*De la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*", à décrire les psychoses puerpérales hospitalisées.

Son maître Esquirol, en 1845, avait observé qu'il existait chez certaines femmes qui venaient d'accoucher, des troubles psychiatriques d'intensité modérée, qui ne nécessitaient pas une hospitalisation. Ces patientes échappaient donc à l'épidémiologie hospitalière de l'époque.

Guillaumont et Delahousse observent que le repérage et la description plus précise des troubles psychiatriques puerpéraux non psychotiques, ne remonte de fait qu'aux années 1960-70. [190]

- Cadre général et champ de la psychiatrie périnatale :

La période périnatale, faut-il le redire, s'étend donc par définition, de la conception aux premières semaines et mois de la vie de l'enfant.

Mazet, Lebovici et Simonnot précisent ainsi que « *la notion de psychiatrie périnatale s'appuie à la fois sur une pratique et sur un concept. Il s'agit d'une discipline par définition multidisciplinaire et renvoie à un mouvement de plus en plus important ces*

dernières années grâce à la collaboration des différentes équipes, gynéco-obstétricales, pédiatriques et psychiatriques ; dans ce dernier domaine se rejoignent volontiers psychiatres d'adulte et psychiatres du bébé. » [266]

Mazet, Lebovici et Simonnot formalisent le concept de psychiatrie périnatale en soulignant l'étayage de ce concept sur deux notions. La première repose sur la spécificité de la pathologie dans le cadre de la période périnatale, et la seconde se modélise selon l'idée d'une continuité de la vie psychique au cours de cette même période.

Quels sont donc les points essentiels concernant cette notion de *continuité de la vie psychique* tout au long de la période périnatale ? Nous souhaitons ainsi mettre en relief cette dimension avant d'aborder plus en détail la spécificité de la psychopathologie périnatale.

Il s'agit ici de tout ce champ « *de la mise en place des processus de parentalité depuis le projet d'enfant, les transformations psychologiques de la grossesse et du post-partum et l'établissement des premiers liens mères-(parents)-enfant. » [266]*

Mazet, Lebovici et Simonnot ajoutent : « *De manière plus générale, c'est toute la question de la réactivation pour les parents à l'occasion de la naissance du bébé des relations avec leurs propres parents. »*

Ainsi, l'abord thérapeutique tant curatif que préventif va être modeler par ces notions de spécificité et de continuité de la vie psychique caractérisant la période périnatale. Pour Mazet, Lebovici et Simonnot : « *en effet, des modalités d'intervention sont peut-être plus particulièrement et spécifiquement proposées à cette période, par exemple une hospitalisation conjointe mère-bébé dans une unité spécialisée, une intervention à domicile dans les familles à problèmes multiples, une thérapie brève mère-(parents)-bébé ou une consultation thérapeutique mère-(parents)-bébé notamment. » [266]*

Ceux-ci ajoutent enfin : « *Il apparaît ainsi que le champ de la périnatalité est très représentatif de la nécessité d'une collaboration multidisciplinaire tant en prénatal [...] qu'en postnatal [...] ce qui bien entendu ne va pas de soi et pose un certain nombre*

de problèmes à résoudre liés aux différences d'activité et de formation des différents professionnels mais aussi à leur sensibilité personnelle. »

Dans l'abord et la compréhension de la vie psychique pendant la grossesse et dans le post-partum, la psychiatrie périnatale va ainsi accorder, à l'évidence, aux travaux psychanalytiques une place essentielle. Lebovici rappelle d'une part, que c'est dans les années 80 que les psychanalystes intéressés par le bébé révèlent leurs travaux et d'autre part qu'en 1983 a eu lieu en France le deuxième Congrès mondial de la psychiatrie du bébé qui souleva un intérêt considérable. [235]

Lebovici précise de fait que ces travaux sont orientés autour des conséquences de la grossesse chez la mère et le père, tous deux étant "porteurs" de l'enfant imaginé.

Pour Lebovici, chez la mère, c'est à partir du troisième mois surtout que cet enfant imaginé prend toute sa dimension.

Perard-Cupa et coll. le rappellent ce bébé imaginé est constitué de trois strates : le bébé imaginaire, le bébé fantasmatique et le bébé mythique. [300]

1- L'enfant imaginaire ou ce que Lebovici nomme "*l'enfant imaginé du désir de grossesse*"[235], est donc constitué des désirs et des fantasmes conscients. Il est le bébé des rêveries diurnes. Lebovici écrit à son sujet : « *La mère peut parler de lui qui est le fruit de ses désirs préconscients : donner un enfant à son conjoint, et éventuellement connaître son sexe après échographie, discuter de son prénom ; il s'agit là d'un choix qui peut révéler certains éléments du mandat transgénérationnel de son futur enfant. Celui-ci peut informer sur l'arbre de vie de ce bébé et de possibles "secrets de famille"* ». Pour Pérard-Cupa et coll., deux types de représentations s'y rattachent : les représentations simples (sexe, corps, caractère, affects...) et les représentations d'interactions (fantasmes concernant la mère et l'enfant, l'enfant et le père, le désir de grossesse et de maternité). [300]

2- Le bébé fantasmatique est le bébé des désirs, des fantasmes inconscients. Il est ainsi constitué des mêmes catégories de représentations que le bébé imaginaire mais à un niveau inconscient [300]. Lebovici précise, que l'enfant fantasmatique est l'enfant désiré en fonction de motivations conflictuelles et inconscientes : « *Les*

conflits identificatoires de la future mère avec la future grand-mère maternelle témoignent de son besoin, lorsqu'elle lui révèle sa grossesse, de lui signifier qu'elle ne sera plus mère, elle ». [235]

3- Le bébé mythique est donc « *le bébé des désirs et fantasmes préconscients. Inconscient, il renvoie à la filiation, au transgénérationnel fantasmé par la mère, à une généalogie mythique qui constitue la préhistoire du bébé.* » [300]

Pérard-Cupa et coll., dans une recherche préliminaire, ont cherché à mettre en évidence comment certaines représentations du bébé imaginé de la mère durant la grossesse sont mises en actes par celle-ci dans les interactions précoces avec son enfant. Aussi, selon ces auteurs, « *le bébé en "interprétant" les signes de sa mère interagit en retour dans le cadre du scénario maternel* » . [300]

Il serait bien entendu fort intéressant de faire figurer ici quelques notations à propos des réflexions complexes et passionnantes de B. Golse [180] concernant les enjeux actuels de la psychopathologie périnatale. Nous nous restreindrons à en donner une brève allusion.

Nous retiendrons ainsi que, pour lui, si la transdisciplinarité est condition sine qua non de la psychiatrie périnatale, elle fait en même temps, courir certains risques à la dimension psychopathologique. Pour Golse, il ne faudrait pas renoncer à cet étayage essentiel que constituent les repères de la métapsychologie classique bien au contraire. Et de plaider donc pour l'intérêt d'une psychopathologie psychanalytique dans le champ de la périnatalité. [180]

Psychoses du post-partum, dépressions post-natales et troubles anxieux post-nataux représentent les expressions les plus fréquentes de cette psychopathologie. [261]

Nous nous proposons donc de dresser brièvement un aperçu de la psychopathologie du post-partum.

- Bref panorama de la psychopathologie du post-partum :

Manzano [261] souligne qu'aujourd'hui la psychopathologie du post-partum est de mieux en mieux connue. Godfroid [176] remarque que la grossesse, et plus encore le post-partum, sont des périodes à risque pour la santé mentale d'une femme.

On peut rappeler que, du point de vue psychiatrique, trois tableaux prédominent durant cette période :

- La psychose du post-partum est de loin la pathologie la moins fréquente, estimée selon les travaux de 1/1000 à 1/500 naissances [266]

- Le blues (ou « Baby-blues »), qui constitue chez environ 50% des femmes une réaction dépressive « normale » suivant immédiatement l'accouchement. Il s'agit d'une période de labilité émotionnelle, de pleurs injustifiés et de remise en question de la jeune accouchée sur ses capacités maternelles. Elle peut s'accompagner d'anxiété, d'irritabilité, d'inappétence et de troubles du sommeil. Le Baby-blues survient classiquement entre le premier et le dixième jour du post-partum, avec un pic au troisième jour. Aucun traitement n'est nécessaire, car les manifestations disparaissent spontanément en quelques jours. Godfroid [176] y voit là l'origine de la regrettable réputation de bénignité des psychopathologies du post-partum.

- La dépression du post-partum, également très fréquente puisqu'elle touche un minimum de 10% de l'ensemble des mères et qui se caractérise par une symptomatologie dépressive typique : tristesse, apathie, désintérêt, autoreproches, autodévalorisation. Cette dépression du post-partum apparaît fréquemment autour du troisième mois après la naissance et peut durer jusqu'à une année, et parfois davantage. Il faut noter la fréquence des formes mineures, voire camouflées derrière des plaintes somatiques ou des sentiments de la part de la mère de ne pas arriver à faire face à sa fonction maternelle.

Mazet et coll. [266] signalent qu'il y a lieu de noter enfin la meilleure connaissance actuellement des dépressions survenant pendant la grossesse.

Cependant si en général la psychose du post-partum est bien traitée, le plus souvent avec une hospitalisation, tel n'est pas le cas pour la dépression.

Ces mères dépressives, remarque Manzano [261], plutôt que de prendre en compte leur souffrance en terme de trouble psychopathologique, se persuadent qu'elles sont de "mauvaise mère", incapables de s'occuper de leur enfant.

Pour lui, c'est là une des conséquences de l'image socio-culturelle de la maternité : "une mère n'a pas le droit d'avoir des problèmes".

Manzano et coll. [262] établissent de manière significative que les femmes enceintes qui seront atteintes de dépression du post-partum présentent déjà pendant leur grossesse une psychopathologie plus importante que les autres.

Cette pathologie est dépressive de façon prédominante.

Ainsi pour Manzano [261], il est possible de détecter déjà pendant la grossesse, un groupe de femmes risquant gravement de développer une dépression du post-partum, et probablement d'autres formes de psychopathologies de la relation mère-enfant précoces.

Ces femmes, selon Manzano [261], présentent des facteurs cumulatifs, principalement psychosociaux, et une histoire événementielle plus chargée que les autres. En plus, même si elles ne le manifestent pas ouvertement, elles souffrent déjà de troubles émotionnels important, notamment de nature dépressive.

Manzano et coll. [262] ont ainsi étudié un groupe de 58 femmes ayant reçu un diagnostic de dépression du post-partum trois mois après leur accouchement. Selon les auteurs, cette étude met en évidence deux groupes distincts lorsque ces femmes sont étudiées pendant le dernier trimestre de leur grossesse. Le premier groupe, qui est le plus important (65%), est constitué ainsi par des patientes faisant une dépression du pré-partum alors que le groupe minoritaire (34%), est composé de femmes qui ne se différenciaient pas de celles qui ne feront pas de dépression du post-partum.

A propos donc de ce syndrome dépressif d'un type particulier, les auteurs précisent que, au plan clinique, il s'agit « *d'une dépression occultée, non exprimée pendant la grossesse, et le diagnostic en est relativement aisé.* » Il ressort de fait de l'étude menée par Manzano et coll. [262] que, de façon très nette au sein du groupe majoritaire

constitué des femmes qui souffrent du syndrome de "dépression du pré-partum", une distinction importante se dégage au cours du premier trimestre : ces femmes manifestent de façon caractéristique des sentiments de solitude, des auto-reproches, une auto-dévalorisation, de l'anxiété, des troubles du sommeil, des problèmes somatiques tels des démangeaisons ou des douleurs dorsales. Manzano et coll. précisent par ailleurs que *« en plus de ce syndrome de "dépression du pré-partum", elles présentent également davantage de facteurs de stress ; elles ont un vécu difficile de leur grossesse et moins d'activité, se sentant limitées dans leurs mouvements ; ces symptômes s'accompagnent de variables que l'on peut qualifier de variables de stress tels que des évènements malheureux, notamment des décès dans la famille, des séparations ou des difficultés économiques. Ces femmes peuvent aussi être éloignées de leur famille, ce qui explique que les non-européennes sont hyper-représentées dans notre groupe et, enfin il faut relever une catégorie socio-professionnelle basse. »* [262]

Pour Manzano [261], ces troubles *« sont ainsi liés à des situations de crises, des circonstances psychosociales, des troubles gynécologiques, mais également à des évènements de vie et à la façon de réagir à ceux-ci (coping), ce que nous interprétons - comme dans la psychopathologie du post-partum- en terme de "deuil développemental", insuffisamment élaboré. »*

Ce concept de "deuil développemental" est proposé aussi par Manzano en référence à la notion de crise psychique de la parentalité, dans le sens défini par Bibring notamment. Ce concept envisagé comme un ensemble de processus enrichit ainsi l'optique psychodynamique focalisé sur la gamme des troubles psychopathologiques repérables aussi bien chez la mère que dans sa relation avec son enfant.

De fait, selon Manzano, *« c'est l'ensemble des processus psychologiques propres aux mères lors de la naissance de l'enfant et de l'émergence de la parentalité qui constituent l'arrière-fond sur lequel [...] apparaît les troubles de la relation mère-nourrisson [...] ces évènements vitaux comprennent toujours la réactivation du vécu de perte d'objets primitifs, que ce soient ses propres parents ou d'autres personnes émotionnellement significatives. Dans la mesure où, dans le passé, ce processus de*

deuil n'a pas été élaboré, nous allons en retrouver des manifestations directes et indirectes dans la relation mère-enfant. »

Ainsi, Manzano souligne que, au vu de sa pratique clinique, il existe une configuration dynamique spécifique selon laquelle : *« l'enfant, et surtout ses manifestations symptomatiques, jouent un rôle dans l'économie psychique de la mère, lui permettant de retrouver et récupérer un objet perdu dont le deuil est encore conflictuel. Tout se passe comme si, pour ces mères, la naissance de leur enfant éveillait un nouvel espoir de déni de ce deuil incomplet. Elles projettent cet objet sur leur enfant qui, de ce fait, vient le remplacer. Il en résulte que l'objet projeté sur l'enfant est soumis au conflit d'ambivalence propre à tout deuil pathologique. »*

Confrontés à cette psychopathologie postnatale, aussi bien dépressive que relationnelle, Manzano et son équipe se sont donc intéressés *« progressivement à ce qui se passe avant l'accouchement »* et selon leur expérience clinique avec des femmes enceintes, ils ont acquis de plus en plus *« la conviction que des troubles psychopathologiques importants existent déjà pendant la grossesse mais qu'ils restent, comme c'est le cas pour les dépressions du post-partum, le plus souvent cachés et ne se manifestent pas à l'extérieur. »* [261]

De ce fait, concluent Manzano et coll. [262], *« nous estimons que des interventions psychothérapeutiques brèves du type de celles que nous appliquons dans la relation mère-enfant précoce trouvent ici leur indication non seulement préventive mais aussi directement thérapeutique. »*

2) Considérations sur les enjeux pour une collaboration en service de maternité entre gynéco-obstétriciens et psychiatres.

Evoquer ainsi le problème de l'intervention psychothérapique à propos de l'hyperémèse gravidique, c'est s'affronter à un vaste domaine qui fait se rejoindre d'une part tout un corpus théorique en apparence hétérogène (celui des bases conceptuelles de la [ou des] psychothérapies) et d'autre part le problème de leur mise en œuvre dans un contexte qui leur est peu approprié.

L'impression militant en faveur d'une participation psychologique à la base des vomissements gravidiques sévères, bien que vraisemblablement très variable en importance selon les cas, a peu à peu amené les psychiatres à s'intéresser à la question de l'hyperémèse gravidique.

Le psychiatre se trouve ainsi convoqué ici en tant que consultant, invité donc à travailler "en tandem" avec une équipe médicale appartenant à un champ professionnel différent. On peut souligner ici que cette intervention "extérieure" est sollicitée alors même que l'équipe aura été mise dans une position d'échec par une patiente ressentie parfois comme difficile.

Le problème se pose donc pour les gynéco-obstétriciens d'une part et les psychiatres d'autre part d'une collaboration entre praticiens se réclamant de pratiques respectives fort éloignées. Emerge ainsi avec acuité la question de l'interdisciplinarité, faisant surgir certains écueils et/ou enjeux (par ex. la mise en congruence des compétences, la question de l'échange et de la retransmission de l'information).

Qu'en est-il de la position du psychiatre face à la demande (ou à la non-demande) à la fois des soignants mais aussi des patientes, en service de gynéco-obstétrique ?

Monique Bydlowski [55] précise ainsi : « *Jusque récemment le clivage persiste entre la maternité hospitalière et la psychiatrie ; l'accoucheur veille à la santé physique de la mère et de l'enfant, la vocation obstétricale se préoccupant principalement de réduire à l'extrême la mortalité périnatale et les handicaps. L'hôpital psychiatrique, de son côté, traite la maladie mentale post-natale... mais aucun lieu n'a pour vocation spécifique de prendre en charge les questions existentielles quotidiennes qui se posent à chacun au moment de la naissance de l'enfant.* » [54]

Il nous semble indispensable de devoir interroger cette position, afin de mieux redéfinir les particularités psychodynamiques inhérentes au rôle du psychiatre (psychologue) en service de gynéco-obstétrique.

D'emblée, la question de savoir, dans le cas d'une patiente hospitalisée pour vomissements gravidiques, comment décider de l'intervention psychiatrique est pour le moins délicate, chaque situation étant bien entendu un cas d'espèce. En première

approximation, une telle intervention ne semble se justifier que dans un nombre restreint de cas et être subordonnée en général à la résistance des vomissements au traitement médical.

Le travail d'accompagnement psychothérapique en service de maternité et tout particulièrement auprès de patientes présentant des vomissements graves de la grossesse, apparaît se situer dans la nécessaire mise en place d'un lien interpsychique au sein de l'ensemble d'une équipe de soignants, obstétriciens, sage-femmes, aides-soignantes, etc. qui jouent tous un rôle important auprès de la nouvelle mère.

C'est souvent à travers eux, en « travail indirect », que peuvent se transmettre certaines connaissances, certaines hypothèses, qui permettront de lever une symptomatologie tenace et de poursuivre jusqu'au bout une grossesse difficile.

II - UNE ESQUISSE DES PROCESSUS PSYCHIQUES ASSOCIES A LA GROSSESSE.

1) La maternité et ses grands thèmes symboliques

- Utérus vide / femelle pleine :

Cette problématique est décrite par Wolff-Quenot en ces termes : « *Le corps de la femme est un corps creux, espace à occuper, cavité à remplir. Le corps de la femme enceinte est un corps plein, susceptible d'être saturé et de rejeter son excédent* ». [391]

Depuis les temps les plus reculés et dans toutes les cultures, ce rapport absence-présence rythme ainsi la vie de la femme et se transpose en corps vide ou corps plein.

- Quelques aspects de la thématique de l'incorporation et du rejet de l'enfant dans les mythes :

Wolff-Quenot nous le rappelle, « *avalier et rejeter, tel est le résumé le mythe de l'Avaleur que l'on retrouve dans la mythologie grecque, la symbolique romane ou la Bible* ». [391]

Ainsi Cronos, époux de Rhéa avale un par un les 6 enfants qu'elle met au monde. Mais par un subterfuge, celle-ci, remplace son dernier fils par une pierre, Zeus est

ainsi épargné. Enfin, Métis administre à Cronos un breuvage émétique et il vomit, un à un, toute sa progéniture. [391]

La légende de Jonas s'impose de même par sa force expressive. Jonas est avalé par une baleine qui, après trois jours et trois nuits passés dans son ventre, le rejete sur le rivage.

Aussi, Wolff-Quénot le souligne, on retrouve dans le mot "ventre" la consonance du mot "antre". Les mythes l'indiquent : ces séjours stomacaux sont souvent protecteurs, voire même formateurs.

Métaphoriquement, le rôle de la mère apparaît être ainsi contenu dans la triade : "recevoir-retenir-expulser", ce qui, en corollaire, définit l'action de procréer par ces trois autres verbes : "entrer-rester-sortir". [391]

- La grossesse : entre transformation physiologique et transformation alchimique :

Le seul processus physiologique appréhendable pour l'homme primitif est la digestion. Aussi, longtemps, digestion et gestation ont été comparées, toutes deux transformant la matière.

Pour Aristote, c'est le sperme qui est le "*résidu de la digestion arrivé à son dernier degré d'élaboration*"[391]. Des parallèles osés entre appareils digestif et génital ont ainsi été faits : le vagin est une bouche, l'utérus un estomac et le col les lèvres...

Enfin, la vision de la gestation comme processus alchimique est séduisante, conférant à la grossesse un côté ésotérique et empreint de mystère. La matrice « *est un creuset [...] ; la femme est un laboratoire occulte ou un lieu de coction secret et sacré* » [391]. La matrice est ainsi conçue comme le vase alchimique. La grossesse s'apparente alors à un rite cosmique.

2) Les vomissements de la grossesse et la crise psychique de la maternité

Stoleru [350] rappelle les travaux de Bibring [34] sur les aspects psychologiques de la grossesse. Cette pionnière avait déjà repéré chez des patientes enceintes un fonctionnement mental paraissant profondément perturbé avec des éléments

cliniques autour d'angoisses à contenus très archaïques, des mécanismes d'allure paranoïaque, souvent associés à la relation de la patiente à sa mère.

Stoleru précise que l'équipe de Bibring fut surprise de constater la facilité relative avec laquelle des résultats thérapeutiques pouvaient être obtenus dans ces situations de crise psychique contemporaine de la grossesse.

Ces constatations amenèrent Bibring à envisager la grossesse comme un état de crise psycho-biologique.

Par cette grande avancée conceptuelle et clinique, Bibring a donc ouvert la voie vers une connaissance de plus en plus approfondie des processus psychologiques de la grossesse.

Mais, comme le souligne Stoleru : « *Tout essai de décrire la vie psychologique de la femme enceinte a nécessairement un caractère réducteur et artificiel, dans la mesure où chaque expérience individuelle est singulière et unique, et que la même femme vit souvent ses grossesses successives de manière bien différente. Chaque grossesse prend probablement un ou des sens particuliers, au sein de l'histoire de la vie d'un sujet.* »

On pourrait dire ainsi en forme de paradigme que la femme enceinte tendrait à vivre un état de vulnérabilité, par réactualisation de conflits enkystés, ce qui se conjuguerait en terme de crise, c'est-à-dire de mise à l'épreuve et de possibles fragilisations, mais tout autant et simultanément en terme de potentialités créatrices, source de réaménagements psychiques structurants.

- De l'ambivalence au concept de haine de la femme enceinte pour son fœtus :

Dans les premiers temps de la grossesse, Stoleru souligne toutefois la place tenue par un éprouvé particulier entre conscient et inconscient du côté de ce qu'il est convenu d'appeler l'ambivalence de la femme enceinte vis-à-vis de son désir d'enfant et de son fœtus.

Le vécu somatique peut représenter une scène où se joue ce conflit. Stoleru rappelle ainsi que « *les classiques symptômes physiques des premières semaines de la grossesse [...] ont sans doute une composante étiologique somatique* », mais ils « *ont été depuis*

longtemps considérés, d'un point de vue psychanalytique, comme l'expression de cette ambivalence. »

Hélène Deutsch écrit ainsi : *« J'ai pu observer souvent, en psychanalyse, que le contenu psychologique en cas de vomissements incoercibles était exactement le même que le vomissement hystérique de la jeune fille qui est provoqué par un fantasme inconscient de grossesse et non par un état réel. Le pont qui relie ces deux cas, consiste d'habitude dans la peur que manifeste le symptôme, peur du contenu du fantasme chez la jeune fille, peur chez la femme enceinte, du contenu réel, matériel de son corps, c'est-à-dire du fœtus. Dans les deux cas l'ancienne idée infantile de fécondation par la bouche reparait. »* [110]

Le concept délicat à manier de la haine de la femme pour son fœtus :

François Sirol développe ainsi cette notion. Selon lui, le fœtus est objet de haine *« parce qu'il réussit à lever partiellement l'amnésie qui dissimule à l'adulte la connaissance de sa vie d'enfant. »* [339]

Sirol ajoute : *« la haine pour le fœtus appartient à une chaîne symbolique dont le fœtus en vient à la représenter et dans laquelle il apparaît comme l'aboutissement de la substitution qui résulte de déplacements.*

A cette condition, n'importe quelle représentation qui a été source de haine au cours du développement infantile peut venir figurer dans cette chaîne symbolique, en raison de ce processus de substitution. »

La conséquence, souligne Sirol, est que *« devenir mère impose à la femme, sans qu'elle le sache, à chacune de ses grossesses et d'une façon chaque fois différente, un retour aux étapes infantiles de son développement qui ont été source de haine. »*

Sirol constate ainsi que le psychiatre en service de médecine fœtale est un observateur privilégié de ces mouvements psychiques reliés au sentiment de haine pour le fœtus ou ce qui en tient lieu. Ce sentiment va suivre ainsi des trajets détournés (changement d'objet, changement de cible) et se révèle sous des masques divers à la faveur de mécanismes de déplacement...

Le psychiatre ici est amené à dire une parole, souligne Sirol, qu'il est difficile d'accepter. Il va ainsi nommer le cas échéant « *les vicissitudes de la haine, dans des circonstances où elle n'apparaît pas évidente.* »

Sirol pense toutefois que la femme enceinte, dans un contexte favorable, ce qui est le cas le plus fréquent, peut faire un bon usage de la haine pour son fœtus : « *Les petits signes inconstants du début de grossesse, ceux qui apparaissent lorsque la femme apprend qu'elle est enceinte, ce dont elle ne se doutait pas, les soucis habituels, les préoccupations anxieuses, les peurs, les pensées négatives, les cauchemars sont effets de haine, et dans le même mouvement permettent à la femme de lutter contre eux, de les réparer et d'en protéger le fœtus. Ils participent au travail de liaison que nécessite la grossesse.* »

Par contre, les masques de la haine peuvent être représentés par :

- des grossesses psychologiquement difficiles à supporter ;
- des menaces d'accouchement prématuré ;
- les retards de croissance in utero isolés ;
- les dépressions maternelles.

En conclusion, Sirol souligne que « *prendre en compte le sentiment de haine pour le fœtus peut aider à comprendre certains aspects de la psychopathologie périnatale et peut aider à aménager leur abord thérapeutique.* »

- *Le processus de maternalité et les identifications maternelles*

Stoleru [350] pense que « *toute grossesse actuelle mobilise et ravive des désirs et des angoisses infantiles et qui déjà concernaient le désir d'avoir des enfants. En d'autres termes, la relation que la mère établit avec le bébé est une relation qui s'est élaborée depuis l'enfance de la mère.* »

Stoleru rappelle comment Mélanie Klein conçoit le désir d'enfant chez la fillette et comment elle l'intègre à son développement sexuel. Selon Klein, il y a chez l'enfant une période précoce où elle se représente sa mère comme le réceptacle de tout ce qui est désirable. Selon ses fantasmes, le corps maternel contient le pénis paternel et des enfants. Pour Klein, cité par Stoleru, « *une théorie sexuelle commune à tous les*

enfants veut que la mère incorpore à chaque coït un nouveau pénis et que ces pénis ou certains d'entre eux deviennent des enfants [...] Cette théorie sexuelle ne fait qu'accroître la haine déclenchée par la frustration maternelle et alimente les fantasmes sadiques de la fillette : elle imagine qu'elle s'attaque à l'intérieur de sa mère, qu'elle le détruit et le dépouille de son contenu. »

Ainsi, selon Klein, la crainte de la fille que la mère terrifiante ne s'attaque à son corps et au bébé qu'il contient est la situation d'angoisse féminine fondamentale. Ces angoisses ont pour origine les fantasmes où c'est la fille elle-même qui s'attaque au corps de sa mère, dans le but de lui voler ce qu'il contient, et notamment le pénis du père et les enfants qu'elle détient.

Pour Béllion [30] *« il est possible de penser le refoulement de l'agressivité en lien avec la position féminine d'entre-deux qui caractérise la grossesse. Entre-deux c'est-à-dire ce moment où la femme n'est mère qu'en devenir tout en étant différente de la femme qu'elle était auparavant. Le travail psychique de la grossesse consiste à pouvoir progressivement intégrer l'agressivité ressentie très précocément envers la mère archaïque afin de pouvoir ensuite tolérer les mouvements agressifs du bébé, les digérer en référence à la fonction alpha de Bion. Le refoulement de l'agressivité et sa transposition symbolique sur le corps propre ou dans la relation transférentielle témoigne de ce travail psychique. »*

La mise en branle chez la femme enceinte à l'annonce de sa grossesse, de ses processus d'identifications maternelles est donc un axe central de l'expérience de la maternalité.

Y. Gauthier [166] précise que *« ce processus porte la jeune femme enceinte à revoir ses "modèles internes" de mère, mis en place tout au long de son propre développement, à l'intérieur de ses relations avec sa propre mère. Une jeune femme a pu vouloir se débarrasser de toutes ces vieilles images, elle a pu adopter un style de vie complètement différent, dans un climat affectif de plus ou moins grande rébellion, au moment où elle devient enceinte, cette crise maturative [...] réveille en elle des images archaïques autour des rôles maternels qu'elle sera bientôt appelée à jouer. »*



Enfin, selon Y. Gauthier, les symptômes observés au cours de la grossesse et notamment les nausées et vomissements incoercibles, la menace d'accouchement prématuré, « *peuvent être l'expression de ce conflit inconscient autour des identifications maternelles.* »

Pour Gauthier, de fait, ces phénomènes apparaissent particulièrement évidents chez les femmes immigrantes qui vivent cette période de façon très spécifique.

En effet, en immigrant, « *ces jeunes femmes, qu'elles soient africaines, asiatiques ou sud-américaines, apportent avec elles des coutumes, des traditions ancestrales où l'image de la mère est centrale. Elles se retrouvent souvent perdues dans un monde nouveau, extrêmement différent des images qu'elles transportent en elles, et leur grossesse est souvent vécue sur un mode dépressif, avec des images de perte d'un support maternel qui n'est plus présent et qu'elles ont peine à reconstruire intérieurement. De cette façon générale, le conflit que vivent ces femmes ne se situe pas au niveau d'identifications conflictuelles comme on le retrouve chez les femmes de culture occidentale, mais plutôt au niveau de ce sentiment de perte d'une figure significative et d'un support maternel au moment où le besoin de cette figure maternante se fait particulièrement sentir.* » [166]

Nous venons donc de voir quelques positions actuelles dans le champ psychanalytique à propos de certains aspects de la dynamique psychique, telle qu'elle à voir avec le phénomène des vomissements gravidiques, dans ce contexte fertile en remaniements intenses qu'est la grossesse, en particulier à son début.

Le regard psychanalytique sur le thème des vomissements de la grossesse, il faut le signaler, reste toujours bien souvent imprégné par la rhétorique équivalant le symptôme à une forme de rejet « *traduisant l'ambivalence inévitable qui préside à la conception et au premier développement du bébé humain* », écrit notamment Rosine Debray [98].

Lechartier-Atlan [239] soutient une position voisine « *Dans mon expérience personnelle j'ai constaté [...] chez la plupart un conflit entre le moi et cet "étranger", l'embryon qui envahit l'organisme et la vie psychique maternels.* »

Kaltenbach en 1891, nous l'avons souligné, fut cependant un des premiers à avoir avancé l'hypothèse d'une origine psychogène à propos des vomissements gravidiques.

De même, Hewitt en 1890 avait déjà rapporté, sur une série de 89 cas étudiés, l'existence d'un stress psychologique important à propos de deux cas de femmes présentant des vomissements de la grossesse. [293]

Aussi, selon O'Brien et Newton, l'émergence et la diffusion de plus en plus grand de la psychanalyse, favorisa le développement des théories soutenant la mise en jeu de facteurs psychique à propos des vomissements de la grossesse.

Donc après 1929, les formes les plus sévères de nausées/vomissements gravidiques, furent désormais considérées comme relevant essentiellement d'un soubassement psychogène.

Katon et coll. [217] signalent ainsi que cette recherche a été marquée par trois grandes époques. L'évolution de ces voies de recherche renvoie à l'évolution de la psychiatrie et de ses paradigmes en matière de recherche clinique.

Ainsi les toutes premières données ont été apportées par des descriptions cliniques menées d'un point de vue psycho-analytique. Par la suite, exerçant leur influence les thèses psychosomatiques et les interprétations fournies par le procédé thérapeutique de l'hypnose ont jeté un éclairage différent. Enfin apparaissent des études de taille plus importante utilisant des tests psychologiques sophistiqués, des critères de diagnostic, et des études contrôlées.

- Revue des facteurs psycho-sociologiques corrélés ou non avec les vomissements de la grossesse :

En substance, le discernement de variables diverses susceptibles d'être corrélées avec la survenue des vomissements gravidiques est, dans la littérature sur le sujet, une préoccupation majeure.

Un auteur comme Macy notamment [256], s'est attachée à rendre compte de l'état des données sur la question et a procédé à une exploration très minutieuse d'une

masse considérable de données à travers une sélection rigoureuse d'études contrôlées ou non.

Nous nous proposons de reprendre ici quelques grandes lignes de ce panorama.

a) Facteurs socio-culturels :

Macy met en avant l'importance des facteurs culturels.

- Origine sociale et niveau d'étude :

Ni Hetzel (1961) cité par Macy, Uddenberg [370] ou Fitzgerald [150], ne retrouvent de corrélation avec l'origine sociale. Fairweather [141] a composé les admissions dans un hôpital universitaire et celles dans une clinique privé et ne retrouve aucune différence significative.

Sur le plan du niveau d'étude, ni Brown (1962, 1964) en Australie, cité par Macy, ni Guze et coll. (1959) [192] aux USA ne retrouvent de différence.

- Les facteurs de stress d'origine sociale :

Guze et coll. [192] (1959) mettent en évidence un lien entre l'hyperémèse gravidique et des difficultés financières.

b) Facteurs psychiques :

- La dimension névrotique de la personnalité :

Cette dimension dite "névrotique" recouvre au niveau de la littérature, une grande variabilité d'indices cliniques. L'imprécision des qualificatifs utilisés semble être ainsi un trait frappant du repérage psychopathologique autour des patientes présentant des vomissements gravidiques. Il est ainsi parfois choquant de constater l'insistance de l'emploi de termes tel celui d'"immature" dans le but de dresser un portrait psychologique stéréotypé des femmes atteintes d'hyperemesis gravidarum...

Il apparaît de fait nécessaire de rappeler quel a été le cheminement de la recherche en psychopathologie concernant le problème des vomissements gravidiques (en particulier celui de l'hyperémèse de la grossesse).

Macy [256] remarque qu'une association a été rapportée par nombre d'auteurs, entre nausées et vomissements et des résultats psychométriques en faveur de traits névrotiques ou pré (infra)-névrotiques.

Un grand nombre d'auteurs signalent parmi les vomisseuses certains traits de personnalité renvoyant volontiers aux notions descriptives de personnalité immature ou de personnalité dépendante.

Harvey et Sherfey [196] insistent particulièrement sur la sur-représentation au sein de leur effectif de femmes présentant ce type de traits de personnalité : « *Aucune de ces patientes n'ont acquis un niveau adéquat d'indépendance. Néanmoins ces patientes ne peuvent être tout à fait classées comme hystérique* ».

Robertson [256] note une relation exagérément étroite entre la gestante et sa mère et remarque par ailleurs chez ces patientes la présence de troubles de la sexualité.

Harvey et Sherfey [196] ont étudié 34 patientes contre un groupe contrôle. Harvey subdivise ainsi la population étudiée en quatre catégories diagnostiques (après entretien clinique, test de Rorschach) : hystérie, immaturité sans trouble spécifique, trouble organique cérébral avec bas QI, et un trouble sévère de la personnalité. Un trait commun retrouvé dans tous les groupes : tendance infantile et immature.

-Féminité et sexualité :

K.A. Menninger (1939) [272] suggérait que les nausées et les vomissements n'avaient pas valeur de rejet du fœtus mais tendaient plutôt à révéler une inadéquation d'un point de vue psycho-sexuel (féminité).

Robertson (1946) [256] retrouve parmi 40 sujets (sur un échantillon total de 57) présentant des nausées et des vomissements et des dysfonctionnements sur le plan de la sexualité (frigidité) contre 5 parmi la population contrôle (échantillon contrôle totalisant 43 sujets).

La totalité des patientes composant l'effectif étudié par Harvey et Sherfey témoignent "d'une frigidité complète". Cinq d'entre elles déclarent avoir présenté des

vomissements avant ou bien après des relations sexuelles et ce en dehors de toute grossesse.

Uddenberg et coll. (1971) [370], quant à eux notent des perturbations sur le plan de l'adéquation sexuelle. Ces auteurs constatent ainsi, de manière prépondérante, une certaine aversion vis-à-vis de la sexualité parmi les femmes présentant des nausées prononcées.

D'autres auteurs tels Hetzel et coll. (1961) [256], Chertok (1962) [75] par contre ne retrouvent pas de corrélation.

-Troubles Psychologiques :

Tylden (1968) [369] a étudié les comptes rendus psychiatriques concernant 238 femmes. L'incidence de vomissements s'est ainsi révélée supérieure chez les sujets neurotoniques (40 vomisseuses contre 40 non-vomisseuses) comparativement aux sujets psychotiques, qu'ils aient été vus soit durant la grossesse soit au cours du post-partum (40 vomisseuses contre 140 non-vomisseuses).

Uddenberg et coll. (1971) [370] se sont servi d'un questionnaire afin de recueillir les symptômes avant et pendant la grossesse. Trois degrés d'intensité des nausées et des vomissements ont été identifiés, aucune nausée ou vomissement, nausées et vomissements modérés et prononcés. Les auteurs n'ont pas retrouvé de différence entre les trois groupes. Cependant il en est apparu une, en comparant le groupe incluant l'absence de nausée et les nausées et vomissements modérés avec le groupe restant celui des vomissements prononcés. Ce dernier groupe se distinguait par la fréquence plus élevée de symptômes d'ordre psychiatrique.

Wolkind et Zajicek (1978) [392] retrouvent un taux plus élevé de troubles mentaux parmi un groupe de patientes indemnes de nausée ou vomissements (1^{er} trimestre de grossesse) comparées au groupe avec nausées et/ou vomissements.

Fitzgerald (1984) [150] analyse des données rapportées par Cox (1982). Le recueil du matériel clinique est effectué à l'aide d'un entretien structuré (le Golberg Standardised Psychiatric Interview). Aucune différence n'est retrouvée en fonction

du degré d'intensité des nausées (1^{er} trimestre) quant aux scores SPI. Néanmoins une association significativement positive entre le degré d'intensité des nausées et la présence de trois symptômes psychiatriques (c'est-à-dire l'anxiété et/ou la dépression, une irritabilité marquée, des troubles du sommeil et une asthénie) est mis en évidence.

Uddenberg et coll. (1971) relèvent à la fois parmi les femmes présentant des nausées prononcées et celles sans nausées une proportion plus importante de troubles mentaux au cours du post-partum, ceci comparativement aux femmes ayant présentées des nausées modérées.

- Les facteurs de personnalité :

Barrucand [18] utilisant le MMPI, retrouve chez 17 femmes (N=24), une certaine tendance en faveur d'accidents de type conversifs et note certains éléments comme un certain degré d'isolement social, une crainte de la maternité.

Fairweather [141] utilise de même le MMPI, et met en évidence une association marquée avec des traits hystériques, en étudiant 44 patientes hyperémétiques. Celles-ci sont interviewées à deux reprises par un psychiatre différent.

- Le degré de l'ambivalence par rapport au désir de grossesse et/ou de désir d'enfant :

Ce point a fait l'objet d'un nombre important de recherches.

Laukaran et Van Den Berg [233] rappellent que la thématique des situations de grossesse dites non désirées, a mobilisé beaucoup d'attention en lien avec l'idée généralement répandue que ces grossesses étaient associées à un risque non négligeable de complications d'ordre médical. Ces auteurs ainsi soulignent que parmi ces complications figurent en bonne place, fort naturellement, les nausées et vomissements gravidiques.

Laukaran et Van Den Berg au terme d'une étude comparative, concluent en soulignant que leurs résultats ne peuvent venir corroborer ce paramètre subséquent comme un facteur déterminant dans le risque de survenue de complications en pré-partum.

Par ailleurs, Macy [256] évoque le cas de ces couples qui apparaissent heureux d'une grossesse bien que celle-ci n'ait pas été souhaitée. Ainsi les chercheurs de façon judicieuse ont-ils enquêté en choisissant de poser deux questions : si la grossesse avait été effectivement programmée et si la réalité de cette grossesse restait bien acceptée. Hetzel (1961) et Palmer (1973) cités par Macy, Coppen [81], Fitzgerald [150], Uddenberg [370], Wolkind et Zajicek [392] ont ainsi tous posés ces deux questions. A l'exception de Fitzgerald et d'Uddenberg, tous les auteurs obtiennent des réponses négatives aux deux questions.

Nous avons déjà longuement évoqué cette thématique selon laquelle donc les vomissements de la grossesse pourraient symboliser le souhait d'éliminer le fœtus. Cette théorie a eu cours pendant longtemps. Nombreux sont les auteurs qui ont ainsi contribué à entretenir cette idée (K. Menninger [272], Kroger (1962) [226]). De même H. Deutch [110] qui voyait à travers les nausées un souhait inconscient de rejet de la grossesse.

Selon une hypothèse formulée par Weiss et English (1957) cités par Macy [256], les vomissements de la grossesse seraient sous-tendus par un conflit entre un souhait de la grossesse et son contraire.

Quant à Chertok et coll. [74], ils mettent en évidence une relation complexe entre les vomissements et la notion de grossesse désirée ou non désirée. Ils retrouvent ainsi de façon significative un nombre élevé de vomisseuses parmi le groupe de femmes se reconnaissant ambivalentes au sujet de leur grossesse.

c) Autres (ex. : facteurs environnementaux et affectivo-relationnels, les facteurs somatiques associés...) :

- Relation avec la mère :

De façon générale et pour plusieurs raisons, la relation de la femme enceinte avec sa propre mère est considérée comme très importante. En effet, à l'occasion de la grossesse, apparaît être réactivée au premier plan, une problématique liée au processus de séparation/individuation, lequel s'enracine dans le temps reculé des premières relations mère-enfant. Par ailleurs d'un autre point de vue, il s'agit bien

pour la femme assurant la succession des générations de devenir mère à son tour et de remplir ce rôle qui lui est ainsi biologiquement et socialement assigné : faire aussi bien que sa propre mère. Nombreux sont les auteurs qui ont abordé cette question et apporté leur éclairage, parmi ceux-ci H. Deutsch bien entendu.

Barrucand [18] met en évidence chez 22 femmes (sur un échantillon de 24) une personnalité immature, avec une relation avec la mère de type dépendant.

Hetzel et coll. (1971) ne retrouvent aucune association entre le problème des vomissements et les particularités de la relation à la mère, tout comme pour Palmer (1973), cité par Macy.

Uddenberg et coll. [370] ont évalué la congruence entre l'image que les sujets avaient d'eux-mêmes et l'image perçue de chaque parent. Quatre combinaisons sont ainsi obtenues selon le degré de similarité, bas ou élevé, relevé avec l'un ou l'autre parent.

Les femmes avec des nausées modérées se sont ainsi révélées être sur-représentées parmi celles se reconnaissant beaucoup de similitudes avec leur mère, alors que les femmes avec des nausées prononcées étaient sur-représentées parmi celles rapportant un faible degré de ressemblance avec les deux parents. Quant aux femmes se reconnaissant une grande ressemblance avec leur père mais une faible avec leur mère, elles étaient significativement sous-représentées parmi le groupe avec des nausées prononcées.

Wolkind et Zajicek [392] posait simplement la question de savoir si elles se sentaient plus proche de leur mère ou de leur père. De façon significative, beaucoup de celles ayant répondu plus proche de leur mère étaient dans le groupe des nausées et vomissements du 1^{er} trimestre.

- Relation avec le père :

Cet aspect a été peu étudié. Barrucand [18] par ex. n'y fait pas allusion.

Bernstein (1952), Hetzel (1961) et Brown (1962), cités par Macy [256], ne semblent pas retrouver sur ce plan-là de différence entre vomisseuses et non-vomisseuses.

Uddenberg et coll. (1971) notent une tendance parmi les femmes sans nausée ni vomissements à ressentir une plus grande similitude avec leur père. Ces femmes semble-t-il, se révéleraient dès l'enfance s'être plutôt dirigées vers des modèles identificatoires de type masculin.

- Le Statut marital :

La plupart des études (Harvey et Sherfey [196], Hetzel (1961), Tylden [369], Palmer (1973), Wolkind (1981)) ne retrouvent pas d'association entre le statut marital et la fréquence survenue de vomissements.

- La relation au mari :

Fitzgerald [150] ne retrouve pas d'association entre la qualité de la relation conjugale et le degré ou la durée des vomissements ou des nausées.

- Facteurs somatiques associés :

D'un point de vue historique, rapellons-le : les théories organicistes qui ont stipulé l'existence dans certains cas d'un caractère "réflexe" lié aux vomissements gravidiques (en lien par ex. avec l'existence d'une "épine irritative" à type de processus inflammatoires pelviens ou bien alors une disposition anormale de l'utérus : une rétroversion par ex ...), loin de s'éteindre avec la fin du XIX^{ème} siècle, ont perdurées et évoluées jusqu'à nos jours.

C'est ainsi, que Koch et coll. en 1987, cités par O' Brien et Newton [293], ont suggéré qu'une activité gastroélectrique anormale pourrait fournir une étiologie non encore démontrée aux vomissements gravidiques.

Cette hypothèse formulée par Koch, au demeurant très sophistiquée, est à rapprocher selon à O' Brien et Newton des travaux de Mauriceau au XVII^{ème} siècle et de Burton aux XVIII^{ème}.

Très peu d'études se sont intéressées cependant à la question des facteurs somatiques associés dans les situations de nausées/vomissements gravidiques.

Hetzel et coll. (1961), cités par Macy [256] retrouvent 33% de femmes dans le groupe souffrant de vomissements prolongés qui ont signalé avant la grossesse l'éventualité de manifestations somatiques mineures telles une dyspepsie, des palpitations, contre 3,7% dans le groupe contrôle. Durant la grossesse par contre, il n'est pas retrouvé de différence quant à l'importance des symptômes corporels rapportés.

Barrucand [18] remarque une incidence élevée de troubles gastro-intestinaux dans l'enfance des 24 vomisseuses étudiées.

Wolkind et Zajicek [392] ne mettent pas en évidence de différence concernant le signalement de trouble somatique défini, que ce soit entre le groupe sans et le groupe avec nausées et vomissements (que ceux-ci soient prolongés ou non).

Chertok [74] met en évidence un taux inférieur de troubles psychosomatiques durant la grossesse chez les vomisseuses comparativement au groupe contrôle.

Harvey et Sherfey [196] notent un taux élevé de symptômes "somatoformes", interprétés comme une susceptibilité particulière à réagir sur un mode anxieux. Ainsi, parmi les 34 sujets de leur groupe d'étude, Harvey et Sherfey notent que 20 d'entre elles présentaient des antécédents de troubles digestifs plus ou moins chronicisés, incluant des phénomènes de vomissements favorisés par des perturbations émotionnelles. Des anomalies à type de troubles sexuels étaient fréquentes, avec des problèmes de frigidité, une aversion forte vis-à-vis du coït et dysménorrhée.

2) Clinique psychopathologique et vomissements gravidiques.

- Situation nosographique de l'hyperémèse gravidique .

Il nous semble important de signaler l'existence d'une codification des vomissements graves de la grossesse au sein de la Classification Internationale des Troubles Mentaux et du Comportement (chapitre V de la CIM 10 –OMS).

Ainsi est mentionner à la rubrique F50.5 : « *Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques [...] - (vomissements incoercibles au cours de la*

grossesse), quand des facteurs émotionnels sont au premier plan dans la survenue de nausées et de vomissements récurrents au cours de la grossesse. »

- Les grandes catégories psychopathologiques associées :

a) Hystérie et vomissements gravidiques aujourd'hui :

Déjà nous le savons, dès 1890, Kaltenbach avait suggéré l'existence d'un lien entre les vomissements graves de la grossesse et certains désordres psychiques qualifiés de "neurotiques". L'hystérie était ainsi désignée en première ligne.

Atlee en 1934, cité par O'Brien et Newton [293] écrivait à propos des vomissements gravidiques que ceux-ci pouvaient être : « *une tentative inconsciente de la part de la femme de se défaire du fœtus* »

Par ailleurs, O'Brien et Newton [293] rappellent qu'initialement l'ère des théories dites "intrapyschique" a été parcourue par des propositions soutenant un lien "princeps" entretenu entre la névrose de type hystérique et les nausées/vomissements gravidiques sévères.

Il est clair que cette théorie, en les enfermant sous une étiquette de névropathe, scellait de façon cinglante le statut des femmes enceintes développant des vomissements gravidiques (les vomissements de la grossesse étant vus répétons-le comme le symptôme d'une névrose hystérique).

Il n'est peut-être pas exclu que le courant théorique "psychosomatique" qui a eu cours dans les années 40 et 50 à propos des vomissements gravidiques ait été une façon déguisée de perpétuer la vieille théorie de l'hystérie.

De fait, au début des années 1940, dans le courant émergent des thèses "psychosomatiques", certains comme Weiss et English, cités par Katon et coll. [217], soutiendront que l'hyperémèse gravidique procède d'un refus de la grossesse. Cette argumentation s'étayait à nouveau sur les théories sexuelles infantiles, et en particulier sur le fantasme de fécondation orale. C'est ainsi à travers un point de vue

en apparence novateur sous l'angle de la pensée psychosomatique, que l'hypothèse selon laquelle les vomissements représenteraient une tentative d'éliminer inconsciemment la grossesse semble avoir été revitalisée.

Seule une étude a examiné la relation entre les nausées et les vomissements gravidiques et l'état mental à long terme.

Il s'agit de l'étude de Guze et coll. [192]. Ceux-ci ont procédé ainsi à une étude prospective avec suivi de patientes hyperémétiques afin de déterminer l'incidence d'un trouble mental. Guze et coll. [192] à la fin des années 50, ont donc évalué 4 à 5 ans après une hospitalisation pour vomissements gravidiques, 48 patientes versus 45 patientes indemnes de vomissements, vomisseuses et contrôles appariées en fonction des dates d'accouchements. Aucune différence n'a été retrouvée concernant l'existence probable ou diagnostiquée d'un trouble mental, à l'exception de l'hystérie. Ces auteurs retrouvèrent ainsi près de 15% de sujets avec des traits hystériques, contre 2% parmi les sujets contrôle. L'hypothèse fut ainsi posée que *hyperemesis gravidarum* pourrait être une entité spécifique, et puisque associée à l'hystérie cela conduit à l'hospitalisation en raison de la dramatisation des symptômes.

Menninger [272] interpréta de son côté les nausées et les vomissements de la grossesse comme un rejet de l'état gravidique.

Guze, Allen et Grollmus [191] analysant la prévalence de l'hyperémèse gravidique sur un échantillon de 162 patientes présentant un trouble psychiatrique versus 98 patientes, mettent en évidence que l'hystérie est le seul désordre psychiatrique associé avec *hyperemesis gravidarum*.

Quant à El-Mallakh et coll. [130], ceux-ci analysant la littérature, remarquent que n'est pratiquement pas retrouvé de lien entre *hyperemesis gravidarum* et l'éventualité d'un mécanisme de conversion.

Ils rapportent cependant 3 cas, illustrant selon eux un mécanisme conversif :

Pour exemple :

Le cas suivant d'une patiente de 35 ans mariée, troisième gestes, ayant comme antécédents deux avortements, hospitalisée à 19 semaines de grossesse pour des

vomissements graves. Les nausées et vomissements ont débutés à 10 semaines d'aménorrhée, de plus, les auteurs le précisent, ces symptômes avaient déjà nécessité plusieurs admissions.

Le bilan somatique restant normal (gastroscopie), les antécédents retiennent un avortement spontané 8 ans auparavant et un avortement thérapeutique 1 ans avant en raison de vomissements incoercibles.

Un avis psychiatrique est donc demandé devant l'état inquiétant de cette patiente. El-Malakh et coll. précisent qu'une attitude ambivalente envers la grossesse a pu être ainsi repéré, bien que cette patiente ne semblait faire part d'aucune préoccupations d'ordre conflictuelles concernant le fait d'être enceinte. Par ailleurs, les auteurs signalent qu'un syndrome dépressif s'est installé avec tendance à l'aggravation progressive depuis le début de la grossesse, sans que cette patiente puisse établir de liens entre son état de dépression et des facteurs identifiables.

A propos de cette observation, les auteurs fondent ainsi l'hypothèse d'un conflit sous-jacent suffisamment important pour provoquer une réponse de type conversif et décident d'entreprendre une thérapie associant l'hypnose, la relaxation, et une psychothérapie de soutien.

La prise en charge se poursuivra pendant cinq semaines. A la faveur d'une bonne alliance thérapeutique, cette patiente a pu ainsi aborder de façon plus précise ses préoccupations en lien avec sa grossesse.

Selon El-Malakh et coll., La patiente a pu verbaliser son souhait de ne pas avoir cet enfant et a reconnu éprouver à ce sujet une grande culpabilité et un malaise croissant. Les auteurs interprètent ainsi les nausées et les vomissements comme un "signal-symptôme" sur la scène corporelle d'un conflit "intra-psychique". Plus encore, ils pensent que l'hyperémèse avait une fonction d'écran afin de tenir refoulées les représentations psychiques négatives.

Avec la disparition des symptômes, cette patiente est apparue ainsi pouvoir faire face avec lucidité au sentiment douloureux relié au souhait de rejet de sa grossesse.

Cependant El-Malakh signalent que suite à l'arrêt de la thérapie les vomissements récidivèrent.

En conclusion de leur observation EL-Malakh et coll. précisent que cette patiente accoucha à 39 semaines d'un enfant en bonne santé, mais qu'elle présenta une dépression du post-partum.

Discussion :

Les auteurs retrouvent selon une perspective psychiatrique une grande similarité entre les trois situations d'hyperémèse gravidiques qu'ils présentent.

Dans les trois cas, la prise en charge semble avoir permis à ces patientes de prendre conscience de leur ressenti et de relier leurs symptômes à certaines représentations (conflits, insatisfactions...).

Néanmoins, si un soulagement certain de la symptomatologie et des résultats très positifs ont pu être obtenus, il n'a pu être observé dans aucun des cas, les auteurs le soulignent, une réduction totale des vomissements. Par ailleurs, dans aucun des cas, il n'a pu être envisagé de soutenir et de poursuivre la thérapie.

b) Stress, anxiété, dépression :

Uddenberg [370] utilisant une échelle d'anxiété (en relation avec des facteurs sociaux), retrouvent des scores plus élevés parmi le groupe présentant soit des nausées très prononcées soit pas du tout de nausée, comparativement au groupe des nausées modérées.

Coppen [81] ne retrouve pas de lien avec des événements pouvant avoir une répercussion sur un plan émotionnel. Des auteurs comme Harvey et Sherfey [196] ou Fitzgerald [150] notamment, ne signalent pas d'association avec des difficultés de vie particulières ni autre problème d'ordre économique.

Iatrakis et coll. [208] administrant un questionnaire spécifique à 102 patientes dans les 12 premières semaines de leur grossesse, retrouvent une corrélation entre les nausées et vomissements avec une mauvaise diététique (des repas trop copieux et

trop rares), une communication insuffisante avec le mari et/ou l'obstétricien et un stress résultant d'une information insuffisante à propos de la grossesse, de la maternité et de la santé du fœtus. L'incidence des vomissements est ainsi associée avec la survenue d'événements ou d'expériences potentiellement stressantes.

Selon C. Macy [256], si les vomissements ou les nausées pendant la grossesse sont pour une part en rapport avec un problème de coping (face à des stressors sociaux par ex.), il faudrait alors s'attendre à retrouver une association avec divers troubles psychologiques.

Selon Tylden [369] les facteurs de stress d'origine sociale compteraient parmi les influences les plus importantes. Tylden soutiendrait ainsi que les vomissements sévères en seraient la traduction chez certaines femmes enceintes plus sensibles que d'autres à ce type de "stressors". Ces "stressors" renverraient ainsi à ce qu'il est convenu d'appeler désormais "les événements de vie" (perte d'un proche, séparation...).

Cependant reprenant ses résultats en fonction du test statistique χ^2 , Tylden conclurait à une différence non significative.

Par ailleurs, Hetzel et coll. (1961) cité par Macy [256], retrouvent quant à eux, une association des vomissements prolongés et la notion de facteurs de stress divers d'ordre interpersonnels, occupationnels, voire économiques interagissant en fonction d'aléas événementiels.

Fairweather [140] rapporte la notion dans un certain nombre de cas de difficultés au domicile, des situations financières tendues, mais sans comparaison avec un groupe de contrôle.

Coppen [81] ne trouve aucune différence entre les vomisseuses et le groupe contrôle avant ou pendant la grossesse. Il en est de même pour Hetzel et coll. qui ne notent aucune différence sur le plan de l'incidence de dépression, tension crainte ni avant ni pendant la grossesse. Fairweather [141] quant à lui ne met pas plus en évidence au cours de la grossesse de différence significative parmi les vomisseuses et le groupe

contrôle, en utilisant le Cornell Medical Index pour mesurer l'anxiété et les perturbations émotionnelles.

Stress, anxiété et trouble convertif

Selon Iancu et coll. [207], certains travaux viendraient accréditer l'idée d'une équivalence entre vomissements gravidiques sévères et trouble convertif. De cette manière, la femme s'attirerait la sympathie et l'attention de sa famille et de ses amis et adresserait en même temps à son mari des signes d'hostilité. Dans cette perspective, il est tout à fait possible qu'une réponse biologique puisse être conditionnée par des stimuli environnementaux. Ainsi donc, des facteurs de stress provenant spécifiquement de l'environnement pourraient influencer sur l'organisme et provoquer ces symptômes.

Il serait alors intéressant d'explorer et évaluer les situations et/ou les facteurs d'environnement stressants pouvant potentiellement déclencher les symptômes d'hyperémèse de la grossesse. Katon et coll. soulignent ainsi de fortes similarités parmi les patientes vomisseuses en regard de l'existence de facteurs de stress environnementaux et l'absence de soutien social. Ils suggèrent une perspective bio-psycho-sociale à la base des vomissements graves de la grossesse. Selon leur opinion, l'hyperémèse gravidique serait une forme particulière de somatisation, un comportement pathologique par lequel un affect désagréable est exprimé par le biais d'un symptôme physique. Ainsi ces symptômes physiques seraient-ils un appel à être entendu par les soignants et permettraient-ils à la patiente de s'échapper pour un certain temps d'une situation familiale stressante.

c) Troubles du comportement alimentaire :

Simon [336] signale une série de De Carle, qui le premier en 1960, a décrit des grossesses chez 4 patientes anorexiques : un traitement neuroleptique avait été nécessaire en raison de vomissements incoercibles.

Steward et coll. [349] se sont intéressés aux grossesses de 15 anorexiques et ont montré que seules les femmes en rémission de la maladie ne présentaient pas de désordres des conduites alimentaires.

Steward [347] signale une étude antérieure menée sous sa responsabilité, ayant mis en évidence un taux significatif de patientes hospitalisées, adressées pour avis psychiatrique en lien avec une hyperémèse gravidique et qui présentaient dans leurs antécédents la notion d'un trouble des conduites alimentaires (T.C.A.). Steward observe ainsi que ces femmes enceintes hyperémétiques répondaient beaucoup moins favorablement à la prise en charge et qu'en moyenne leur temps de séjour hospitalier se révélait être le double en comparaison des patientes hospitalisées pour des vomissements graves mais sans antécédents de troubles du comportement alimentaire. Par ailleurs, Steward remarque ce fait assez intrigant, selon lequel, parmi les patientes hyperémétiques avec antécédents de T.C.A., la moitié d'entre elles avaient bénéficié d'une stimulation ovarienne en raison d'un problème de fertilité.

Quoiqu'il en soit, au vu des informations disponibles actuellement sur les liens de comorbidité entre l'hyperémèse gravidique et les T.C.A, Steward pense qu'il ne faudrait pas écarter ainsi le rôle joué dans certains cas de situations de vomissements graves de la grossesse par la notion d'antécédents de troubles du comportement alimentaire dans l'histoire de ces patientes.

Enfin, cet auteur le souligne, au plan épidémiologique la prévalence des T.C.A. chez les femmes atteintes de vomissements graves de la grossesse reste encore inconnue.

Lingam et McCuskey [250] quant à eux, engagent les cliniciens à prendre en compte l'éventualité d'une association entre l'hyperémèse de la grossesse et un trouble du comportement alimentaire préexistant, dans les cas de vomissements gravidiques sans possibilité d'un gain pondéral suffisant au cours de la grossesse.

Par ailleurs, Lingam et McCuskey attirent l'attention sur le fait que l'hyperemesis gravidarum est une pathologie susceptible d'induire des comportements de type anorexique pendant mais aussi après la grossesse. Cependant ces auteurs soulignent

la nécessité d'études plus approfondies, afin de déterminer dans quelle mesure, les femmes enceintes gravement perturbées par des vomissements de la grossesse, représentent une population comportant un risque plus élevé d'installation d'un trouble durable du comportement alimentaire.

Ce point de vue est partagé par d'autres équipes comme notamment Franko et Walton. [154]

L'hyperémèse de la grossesse peut donc être associée au développement ou à la résurgence d'une anorexie ou d'autres troubles des conduites alimentaires antérieurs à la grossesse. Certains cas d'hyperémèse gravidique semblent s'accompagner rapidement de vomissements induits, se poursuivant dans le post-partum par une anorexie avec vomissements. Certains auteurs parlent de phénomène appris. [97]

3) Grossesse et vomissements graves : Quelle répercussion au plan psychologique ?

Au niveau de la littérature, force est de le reconnaître, l'éventualité de répercussions plus ou moins sérieuses au plan psychique de l'hyperémèse gravidique est assez peu prise en compte.

Néanmoins, nous avons vu que certaines études se sont penchées sur les conséquences possibles induites par les vomissements gravidiques, au niveau de la qualité de vie et du fonctionnement social et professionnel. [164, 292]

O'Brien et Naber [292] observent ainsi que la rareté des connaissances à ce propos entraîne indéniablement des manques au niveau d'un bon accompagnement psychologique de la part des soignants.

Ces auteurs notent de même que bien trop souvent le retentissement des vomissements gravidiques sur la qualité de la vie est sous-estimée.

Aussi, il apparaît, selon O'Brien et Naber, que les modifications au plan des habitudes alimentaires et la nécessité d'un repos suffisant qu'imposent les vomissements de la

grossesse, sont difficilement compatibles avec un style de vie partagé entre des obligations familiales et professionnelles.

En conséquence, O'Brien et Naber le soulignent, l'inconfort induit par l'état nauséux et/ou les vomissements peut ainsi déterminer chez nombre de femmes le sentiment d'une baisse de leurs efficiences sociales et provoquer une atteinte de l'estime de soi.

Les auteurs signalent enfin que si, ce processus n'est pas enrayé, il peut mener à des résultats désastreux. Notamment, les perturbations émotionnelles ainsi induites peuvent désorganiser profondément la future mère avec l'impression d'une perte de maîtrise au niveau de son insertion familiale et professionnelle.

En conclusion, O'Brien et Naber insistent tout particulièrement sur la nécessité et l'importance de bons soutiens psychologique et social autour de ces jeunes femmes.

- Afin d'illustrer notre propos, nous souhaitons évoquer le témoignage d'une jeune mère que nous recevons en consultation pour un de ces enfants :

Mme V. nous fait part du déroulement de ses grossesses, toutes marquées par des phénomènes nauséux prédominants, d'une grande sévérité plus ou moins associés à des vomissements gravidiques.

Cette jeune femme est mère d'un nourrisson et de deux aînés. Sa dernière grossesse a été de bout en bout très difficile en lien avec un état nauséux permanent du premier au troisième trimestres.

Aussi, son gynécologue avait fortement tenté de la dissuader en vue de mettre en route un troisième enfant, du fait notamment d'une part de la difficulté à maintenir une prise de poids suffisante au cours de ses deux dernières grossesses et d'autre part de l'extrême épuisement physique et mental ainsi induit.

Les complications (perte pondérale) entraînées par cet état nauséux gravidique ont donc contraint Mme V. à de multiples hospitalisations en clinique à chacune de ses grossesses.

Par ailleurs M. V. signale qu'elle a été au cours de ses grossesses antérieures bien souvent confinée au lit du fait de la permanence de ses nausées.

Plus encore, il est apparu à Mme V., qu'à chaque nouvelle grossesse, son vécu devenait de plus en plus difficile.

Elle décrit de fait une grande intolérance alimentaire croissante. Mme V. précise à ce sujet qu'elle ressentait un dégoût généralisé pour la nourriture et que seuls certains laitages restaient tolérés.

Mme V. signale par ailleurs avoir présenté des contractions précoces à partir du troisième mois à chaque grossesse.

A noter, au plan des antécédents médicaux, l'existence d'un reflux gastro-oesophagien sévère s'aggravant à chaque grossesse.

Au plan des répercussions psychiques, Mme V. précise l'impact psychologique de ses grossesses difficiles.

Elle évoque ainsi l'installation d'un processus dépressif lors de ses grossesses et en particulier à l'occasion de la dernière, justifiant la prescription d'un traitement anti-dépresseur.

D'autre part, Mme V. signale de façon transitoire, l'amorçage de conduites anorexiques en post-natal. C'est ainsi qu'au décours de son avant-dernière grossesse, Mme V. a présenté une spanioménorrhée jusqu'à disparition complète des cycles.

Aussi, afin de pouvoir déclencher une nouvelle et dernière grossesse, Mme V. a du bénéficier d'un traitement hormonal substitutif par pompe extra-corporelle.

Du côté des hypothèses susceptibles de l'aider à s'approprier une part de sens à propos des difficultés majeures qui ont marqué ses grossesses, Mme V. évoque une susceptibilité individuelle particulière au niveau des bouleversements hormonaux associés aux processus biologiques de l'état de grossesse.

Discussion et conclusion :

Cette observation nous paraît exemplaire à plus d'un titre. Nonobstant les facteurs "intra-psychiques" et environnementaux possiblement impliqués dans la symptomatologie de Mme V., nous retenons en premier lieu, en lien avec les phénomènes nauséux "surdimensionnés" induits par l'état gréviste, une forte présomption de réelles et sévères répercussions au plan psychologique, par l'inconfort et la souffrance endurée par cette jeune femme (syndrome dépressif, conduites anorexiques en post-natal).

Par ailleurs, cette illustration clinique vient accréditer la vision des nausées/vomissements sévères de la grossesse comme susceptibles de s'inscrire dans le cadre d'une problématique de type "psychosomatique", c'est-à-dire une expression symptomatique co-déterminée à la fois par des facteurs émotionnels et des influences somatiques.

D'un autre point de vue, cette vignette clinique apporte peut-être des indices sur de possibles voies de passage entre nausées, vomissements gravidiques graves et syndrome de l'utérus "irritable".

Enfin, il nous faut noter la dimension très importante d'un possible retentissement post-natal des nausées/vomissements gravidiques. En l'occurrence, un des enfants de Mme V. a présenté une anorexie très sévère du nourrisson.

L'enfant dont il est question a par ailleurs pâti de l'état dépressif éprouvé par M. V. pendant et après sa dernière grossesse. Ce garçonnet (Rolland) présente en effet une symptomatologie touchant à la fois la sphère comportementale, affective et le fonctionnement scolaire. Rolland peut faire pipi sur lui, tend à se cacher sous les tables ou derrière son blouson, il peut se montrer souvent en colère, agressif verbalement. Il peut tenir plusieurs fois par jour des propos comme « je ne suis pas en forme ».

Au plan des difficultés scolaires, Rolland présente notamment un manque majeur de concentration et d'attention. De plus il est agacé par la demande scolaire, il se bute et ne rend aucun travail. Celui-ci apparaît sensible à la fragilité maternelle. Il a en particulier beaucoup pleuré quand sa maman a été hospitalisée à 13/14 semaines

d'aménorrhée, pour sa 3^{ème} grossesse. Il a pu dire qu'il avait peur que sa maman ait des piqûres. Le bilan psychomoteur réalisé permet à l'enfant d'ébaucher un travail autour de scénari imaginaires qui semble apporter une contenance à ses inquiétudes, émotions ou angoisses. Le bilan met en évidence des difficultés dans le champ graphique avec un niveau de moyenne section maternelle.

Au vu des difficultés globales de Rolland, nous avons pensé intéressant de lui proposé une aide dans le cadre d'une thérapie psychomotrice. Il a montré de fait au cours du bilan, son besoin d'être aidé par l'intermédiaire d'un faire ensemble et a mis la question corporelle au centre des échanges avec la thérapeute dans le temps de son activité libre. Rolland a vivement exprimé son souhait d'être accompagné dans ce travail

IV - INTERVENTIONS PSYCHOTHERAPEUTIQUES ET VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES.

En préambule : Quelques réflexions quant à la place des moyens pharmacologiques versus l'efficacité observée des psychothérapies dans le traitement des vomissements gravidiques.

Au niveau de l'étude historique, nous avons signalé l'étonnante mutiplicité des traitements, certains parfois très saugrenus, qui ont été proposés dans la thérapeutique des vomissements gravidiques. Le parallèle s'est de fait imposé de ce point de vue avec l'hystérie.

W. Harvey et M. J. Sherfey [196] observent que la thérapeutique appliquée en cas de vomissements gravidiques extrêmement sévères pouvait aller de la réhydratation forcée accompagnée d'un isolement en chambre plongée dans le noir, à l'injection en IM du propre sang de la patiente, du sang du mari, histamine, adrénaline, ou dilatation du col et avortement.

Ce qui fait dire à ces auteurs que la confusion comme thérapie serait le reflet de l'incertitude quant au diagnostic. Se référant à une étude du problème au sein d'un *textbook* d'obstétrique écrit par Stander qui consacre 12 pages à la description des aspects biologiques, ils rappellent, que pour lui, l'étiologie de l'hyperémèse gravidique n'est pas encore clairement établie. Néanmoins il apparaît que Stander

comme beaucoup d'autres fait une brève référence à l'idée que les vomissements de la grossesse sont une manifestation "neurotique". Il tente ainsi avec hésitation d'établir une distinction entre les types "toxémique" et ceux "neurotique" sans pour autant indiquer en quoi ils diffèrent.

Iancu et coll. [207] rappellent qu'une multitude de traitements ont été expérimentés dans nombre d'études non contrôlées et parmi ceux-ci, certaines vitamines (B6), les stéroïdes, le glucose, l'insuline, le calcium, les antihistaminiques, la phénothiazine, l'ACTH et les tubages gastriques d'alimentation... Il s'avère ainsi que la plupart de ces thérapies sont symptomatiques ou pour certaines, purement expérimentales sans être basées sur la physiopathologie présumée de l'hyperémèse de la grossesse. Beaucoup d'entre elles n'ont pas par ailleurs donné de résultats convaincants.

Aussi, l'intérêt s'est-il porté de plus en plus sur des moyens ou des possibilités de traitement non pharmacologiques. Historiquement, un nombre considérable de cas semble avoir répondu du fait même de la mesure d'hospitalisation, de l'effet positif d'une attitude médicale soucieuse et réassurante, de l'empathie de l'équipe soignante, et bien entendu de la correction des troubles électrolytiques et de l'hydratation. Si en effet, nous insistons ici sur l'intérêt et l'efficacité d'une approche psychothérapique, n'oublions pas cependant que les patientes souffrant de vomissements sévères nécessitent un traitement urgent afin d'éviter la survenue de complications.

Au vu de la littérature, les modalités thérapeutiques préconisées vont ainsi de la psychothérapie de soutien, l'utilisation de techniques hypnotiques, la mise en œuvre de cures type psychothérapies brèves ou d'approches inspirées des thérapies cognitives et comportementalistes.

1) Un éventail d'approches psychothérapeutiques.

Une des rares études contrôlée concernant l'efficacité de la psychothérapie est celle de Henker [200]. Celui-ci, sur un groupe de 10 patientes hyperémétiques, met en évidence des résultats supérieurs avec une approche combinant plusieurs thérapies (psychothérapie de soutien, hypnothérapie, comportementalisme, traitement

médical). Le groupe contrôle composé de 10 patientes est pris en charge selon les modalités habituelles, c'est-à-dire médicales. Ainsi, en se basant sur cette petite étude, Henker suggère qu'une intervention est susceptible d'améliorer l'efficacité des simples mesures médicales.

Cependant il reste bien certain qu'en dehors de l'étude de Fuchs et coll. [163], la plupart des données sur ce sujet sont issues d'études non contrôlées.

a) Réflexions générales sur l'approche psychothérapique dans le cas des vomissements de la grossesse.

Ce qui est tout à fait frappant, c'est qu'il existe un grand consensus sur la nécessité de concevoir la prise en charge globale des femmes atteintes d'hyperémèse gravidique sur la base de principes tenant à la notion de psychothérapie.

Nous reviendrons sur cet aspect un peu plus loin au moment de traiter de la modernité de l'isolement, mais on peut d'ores et déjà souligner que pour les auteurs contemporains, même parmi ceux qui défendent l'isolement comme l'axe pivot de la prise en charge des vomissements graves de la grossesse, l'isolement ne se conçoit qu'en association avec un accompagnement psychothérapique.

b) Les psychothérapies brèves de soutien et/ou d'inspiration psychanalytique.

La femme enceinte est généralement considérée comme une "candidate" idéale pour l'indication d'une psychothérapie dite brève, ceci en raison d'une grande motivation de changement dans la perspective de l'accouchement, mais aussi et surtout par la possibilité d'accès à des contenus inconscients (ou non immédiatement conscients), rendue beaucoup plus aisée par le phénomène de la transparence psychique de la femme enceinte.

Pour nombre d'auteurs, comme notamment Raphael-Leff [310], le temps de la grossesse est une préparation à l'épreuve de la maternité. Le fait de ne pas mettre à

profit ce passage pourrait se répercuter sur l'interaction de l'enfant et de la mère. Dans le meilleur des cas, la mise en œuvre à temps d'une intervention permettrait à la future mère de reprendre possession de ces processus maturatifs la menant vers son rôle de maternage.

Une psychothérapie devrait être conduite à travers un certain nombre de séances étalées sur plusieurs semaines voire plusieurs mois. Le thérapeute encouragerait la patiente à verbaliser afin de l'amener à prendre conscience de ses sentiments et résoudre ainsi ses conflits. Très fréquemment, la patiente alors exprime des sentiments mêlés vis-à-vis de sa grossesse, l'enfant à venir ou concernant certaines personnes de son entourage (le mari, les parents).

Les modalités psychothérapeutiques doivent inclure une coopération chaleureuse, une adhésion et une acceptation de la psychothérapie, la possibilité ainsi proposée et acceptée à ventiler les émotions et sentiments, la réassurance et la possibilité d'aborder un travail d'élaboration psychique. Le traitement rechercherait à dévoiler, à identifier et donc à améliorer certains éléments source d'anxiété, en relation avec l'état de grossesse.

c) Les psychothérapie comportementales, cognitives et systémique :

- Illustration d'une approche comportementaliste :

Plusieurs travaux [59] [338] rapportent l'application de techniques comportementales comme possibilité d'une approche psychothérapeutique des vomissements gravidiques.

Callahan et coll. [59] signalent de bons résultats en combinant approche comportementale avec le traitement médical dans trois cas sur quatre. Comme renforcement positif, en cas d'arrêt des vomissements et l'obtention d'une rétention du bol alimentaire, les patientes obtenaient le droit de recevoir des visites. Dès que la possibilité de retenir les repas commençait à être obtenue, le renforcement était basé sur la prévision de retenir de plus en plus grandes quantités de nourriture, et ainsi de suite arriver à reprendre progressivement du poids.

Le paradigme thérapeutique postule que le comportement regroupant les nausées et les vomissements renvoie à un conditionnement de type classique prenant sa source dans le stress de la première grossesse, et qui est ultérieurement entretenu par un mécanisme de généralisation. Au cours de la thérapie, le patient apprend à éviter le conditionnement du stimulus (associé avec les nausées et les vomissements). De même est mis en oeuvre des techniques d'imagination permettant de mettre en place des schémas mentaux susceptibles d'écarter les nausées et vomissements.

-Un exemple d'une situation de vomissements gravidiques traitée par une approche systémique :

Caruso et coll. [62] rapportent à propos d'un cas une dynamique systémique à la base des vomissements en rapport avec une psychopathologie conjugale entretenue par un déni mutuel.

d) L'hypnose :

Il est très probable que l'application en masse de notre thérapie nous obligera à allier abondamment l'or de l'analyse avec le cuivre de la suggestion directe, et l'influence hypnotique, au même titre y trouvera à nouveau une place, comme c'est le cas pour le traitement des névroses de guerre. Mais quelle que soit la forme que prendront cette psychothérapie pour le peuple et les éléments qui la composent, les ingrédients les plus efficaces et les plus importants resteront sans aucun doute ceux empruntés à une psychoanalyse stricte et non tendancieuse.

(Freud, SE. Vol. 17, p. 167) cité par Palaci [295]

En guise de préambule :

Nous pensons, du moins ce n'est qu'une hypothèse, qu'il pourrait exister d'une certaine manière une forme de correspondance entre le phénomène thérapeutique de l'hypnose et ce qui nous résisterait dans la compréhension, restant informulable dans certains cas, des ressorts thérapeutiques de la mesure d'isolement.

Par une mise en relief des analyses de Lévi-Stauss au sujet du chamanisme, Chertok vient ici nous aider à éclairer nos prémices. [72]

Chertok le rappelle, dans un article célèbre Lévi-Stauss a ainsi analysé les mécanismes de ce qu'il appelle la cure chamanique : *« Il est parti d'un rituel utilisé par une tribu sud-américaine pour les accouchements difficiles. Le rituel consiste en ce que le chaman mime devant la parturiente le déroulement de l'accouchement sous la forme d'un combat avec les esprits – dont les étapes correspondent aux différentes phases du travail. Lévi-Stauss montre comment ce scénario fournit à la patiente une sorte de fil conducteur qui lui permet d'ordonner le chaos de ses sensations corporelles et de produire des réponses physiologiques adaptées à la situation. La cure fonctionne ainsi grâce à la correspondance de deux séries, les opérations corporelles d'une part et les opérations intellectuelles autour desquelles le mythe est structuré d'autre part – leur homologie permettant au chaman de manipuler les premières par l'intermédiaire des secondes. C'est ce que Lévy-Strauss appelle l'efficacité symbolique. »*

Bien entendu, il n'est pas question de tenter d'assimiler l'isolement à une pratique qui entretiendrait un voisinage de près ou de loin avec l'art du chamane. Toutefois l'idée selon laquelle l'isolement aurait en soi une "efficacité symbolique", au sens où l'entend Lévy-Strauss, nous paraît intéressante et permettrait peut-être d'ouvrir un champ nouveau de réflexion ?

En effet, il est possible de penser que l'isolement pourrait être investi comme un cadre propice ("propitiatoire") à une réorganisation interne et à une mise à distance d'un vécu chaotique constitué de sensations disparates impossibles à intégrer ?

Quoiqu'il en soit, afin de ne pas nous égarer plus avant sur des chemins de traverse, il nous faut recentrer notre propos sur la question de l'usage des techniques d'hypnothérapie dans le cas des vomissements gravidiques.

Ainsi, en dépit des remarquables résultats thérapeutiques obtenus avec l'hypnose dans les vomissements gravidiques, Iancu et coll. [207] font remarquer la relative rareté des publications sur le sujet au cours de ces dix dernières années.

Apfel, Kelley et Frankel [11] notent ainsi que les vomissements graves de la grossesse ont captivé et stimulé l'imagination des médecins depuis un siècle. Ces patientes "vomisseuses" ont été volontiers décrites comme "nerveuses", infantiles,

auto-punitives, dépendantes envers leur mère, rejetant la sexualité et la féminité et enfin aisément réceptive aux traitements utilisant la suggestion.

Des études comparatives récentes ont ainsi mis en évidence chez ces femmes enceintes "vomisseuses" une nette tendance à exprimer des plaintes de nature somatique et la prévalence du diagnostic d'hystérie serait retrouvé (critères de diagnostic standardisé) [11]. Par ailleurs, nous l'avons vu, certains facteurs sociaux seraient être impliqués tels le stress, un entourage déficient, des problèmes financiers. Enfin des facteurs d'ordre somatiques tels des problèmes gastrointestinaux récurrents, apparaissent significatifs au sein de ce phénomène multidéterminé.

Historiquement un nombre considérable de cas semblent avoir répondu à la faveur de l'hospitalisation, à l'attention, la compassion.

L'hypnothérapie est apparu un des traitements les plus efficace. Les auteurs comme d'autres ont été impressionnés par l'amélioration très rapide des symptômes de nausée et de vomissements sous hypnothérapie. C'est ainsi qu'a pu être posée l'hypothèse qu'une réponse à ce point positive était à mettre en relation avec un inhabituel et haut niveau d'hypnotisabilité.

L'hypnose plonge le sujet dans un état qui entraîne une perte de l'initiative et une abolition ou diminution de la volonté, une modification de l'attention et exerce au niveau de la mémoire visuelle une action particulière permettant la perception d'images (de représentations visuelles) enfouies et appartenant au passé du sujet, une réduction dans la perception de la réalité, une augmentation de la suggestibilité, une amnésie concernant la période d'état hypnotique.

L'étude présentée met en évidence une corrélation significative entre la sévérité des symptômes et le degré d'hypnotisabilité. Les patientes qui expérimentent plus que l'habituelle nausée (et qui progresse ainsi vers le vomissement et les vomissements prolongés, et donc vers les vomissements sévères) suivent le spectre de l'hypnotisabilité ; plus le symptôme est sévère, plus l'hypnotisabilité est grande. Et réciproquement, plus la femme s'avère hypnotisable, plus la probabilité qu'elle

présente des manifestations sévères d'ordre digestives durant la grossesse est forte. Les femmes hypnotisables se conditionnent à la survenue des nausées et des vomissements. Peut-être ce processus leur permet-il de se conforter dans l'idée de la grossesse.

Il est bien connu que chez certains sujets particulièrement perméables à la suggestion, une sensation de nausée peut être provoquée, par la simple évocation. Les vomissements conditionnés procèdent du ressenti préalable de nausées et peuvent être anticipés par l'imagination du sujet. Une hypnotisabilité élevée ne prédit pas nécessairement la survenue de vomissements, mais l'hyperemesis gravidarum semble prédire une hypnotisabilité élevée.

Une femme très hypnotisable peut développer des symptômes tels des manifestations phobiques ou des états dissociatifs (par ex. des fugues). Elle peut ainsi être hospitalisée en raison de comportements étranges et, par imitation, emprunter des comportements ou des attitudes psychopathologiques divers... et ce en raison d'une aptitude particulière à la suggestibilité (imagination, absorption, régression, imitation). Ainsi, chez les patientes hyperémétiques, ce n'est pas la régression qui les rend hypnotisables ; leur hypnotisabilité contribue à l'émergence des symptômes et c'est à la faveur de l'installation de la symptomatologie et de l'hospitalisation qu'elles régressent.

L'hypnotisabilité est donc un facteur parmi d'autres qui peut être corrélé avec le degré de sévérité des symptômes et éventuellement intervenir dans la pathogénèse. Les auteurs retrouvent donc une grande probabilité d'être hypnotisable parmi les femmes présentant nausées et vomissements pendant la grossesse. Quand elles le sont, elles peuvent utiliser leur hypnositabilité comme un mécanisme de coping afin de les aider à maîtriser leurs symptômes. Le ressenti de nausées en rapport avec des facteurs hormonaux pourrait ainsi déclencher un cycle

L'hypnose a été appliquée avec succès dans le cas de l'hyperémèse gravidique depuis au moins déjà 50 ans. Beaucoup de patientes présentent des émotions réprimées qui peuvent devenir source de conflit, aussi l'hypnose peut-elle se révéler efficace en permettant d'éclairer les motifs inconscients ou en élevant le seuil d'apparition des

vomissements. Ce traitement peut être appliqué au cours de l'hospitalisation. Il est toujours précédé d'un entretien qui aura pour but d'en expliquer les modalités et dissipera ainsi les réticences et les appréhensions associées fréquemment à ce type de méthode. Cet entretien permettra d'obtenir une description aussi détaillée que possible des symptômes et de leur ressenti à un niveau subconscient afin d'élaborer le traitement et la suggestion.

L'hypnose requiert un engagement important de la part du thérapeute et des séances initiales fréquentes et rapprochées. Le principe est de restreindre les indications. Ce type d'approche pourrait être indiquée pour les cas ne répondant pas aux mesures de première ligne, comme notamment l'isolement ou dans les cas de récurrences itératives après le retour au domicile.

Enfin, recourir à l'hypnose se justifie dans la mesure où ces patientes présentent soit des traits de personnalité sous-jacents particuliers, le plus fréquemment de type hystérique, et de ce fait plus accessibles à la suggestion.

Fuchs et coll. [163] présentent une étude ouverte avec prise en charge de 138 patientes hyperémétiques, mauvaises répondeuses au traitement pharmacologique. Par la suggestion hypnotique, les patientes ont reçu l'indication d'éprouver un confort au niveau digestif, la restauration d'une sensation de satiété et le réinvestissement dans la possibilité de retenir le contenu stomacal.

Les meilleurs résultats sont notés chez les patientes traitées en groupe (N=87) au contraire de celles traitées individuellement (97,7% présentent un résultat excellent contre 72,5%). Les auteurs soutiennent que dans le groupe d'hypnothérapie les femmes se sont senties plus en sécurité et moins seules. La motivation ressentie au niveau du groupe a contribué à consolider le résultat thérapeutique. Ils ne rapportent néanmoins pas d'influence significative de la parité (alors qu'il aurait été plutôt attendu que les primipares soient plus réceptives au traitement en raison de l'absence de traces mnésiques).

Il faut souligner l'importance de mettre en place une atmosphère propice à la relaxation lors des séances d'hypnose, mais aussi susciter des effets de réassurance

renarcissisante en rapport à l'angoisse souvent en lien avec les craintes de changements physiques impliqués par la grossesse à son début.

- L'expérience d'un thérapeute avec l'hypnose :

Klaus [221] rapporte, après plusieurs années de travail auprès de femmes souffrant de cette affection, *« j'ai observé que beaucoup de causes ont une composante psychologique, pas facilement reconnu par la mère et non nécessairement relié au fœtus. »*.

Il poursuit : *« Pour beaucoup de femmes j'ai vu qu'il était possible d'arrêter les vomissements avec l'aide de l'hypnose si les femmes sont capables de découvrir les racines du problème. D'autres femmes sont capables d'apprendre des techniques de "self-hypnose" pour éliminer le symptôme et pour développer une sensation confortable de faim et de relaxation. »*

Mrs.B. est une 2^{ème} geste hospitalisée à 15 semaines pour vomissements sévères continuels au cours 1^{er} trimestre. Sa première grossesse avait été normale avec accouchement sans incident. Klaus est appelé après une semaine de réhydratation qui n'avait pas complètement levé les symptômes de vomissements sévères.

Utilisant une technique hypnotique simple lui permettant d'accéder à des informations situées à un niveau inconscient, elle devint capable de reconnaître ce qui se passait au moment où les vomissements débutèrent. Elle découvrit qu'elle avait un conflit et une culpabilité non résolus en lien avec l'enfant mort-né de sa sœur, alors qu'elle-même a déjà un enfant en bonne santé et en attend un second.

De façon plus précise, il est apparu qu'elle s'était toujours sentie responsable de cette sœur et savait qu'elle ne pouvait pas s'occuper d'elle comme dans le passé alors qu'elle était préoccupée par sa propre vie. Ainsi ses sentiments de culpabilité de ne pas être capable d'exprimer ses besoins, se cristallisèrent en un tourment intérieur révélé par les manifestations physiques.

Cette façon de réagir a surpris Mrs. B., celle-ci étant généralement très à l'écoute généralement de ses sentiments et assez proche de sa sœur. Ce qui l'étonna donc fut

de prendre conscience à quel point ses émotions et ses pensées pouvaient ainsi affecter son corps aussi fortement. Après une séance supplémentaire de psychothérapie brève, elle fut capable de finir ce court travail et de liquider son sentiment de culpabilité ; les vomissements cessèrent alors complètement et elle poursuivit à terme sa grossesse.

Un 2^{ème} exemple clinique proposé par P. Klaus concerne le cas d'une patiente hyperémétique qui prit conscience à l'aide de l'hypnose de sentiments de crainte référant à l'enfant qu'elle portait. Ceci était en rapport avec des abus sexuels dont elle avait été victime étant enfant. Elle découvrit ainsi qu'elle avait transféré sur son bébé des peurs inconscientes pour la sauvegarde de cet enfant, l'identifiant en quelque sorte selon un chemin intérieur avec le manque de sécurité qu'elle éprouva lors des abus.

Après la mise en œuvre de certaines techniques hypnotiques au cours de trois séances pendant cette période de vulnérabilité, elle devint capable de « séparer » émotionnellement et mentalement le fœtus de l'enfant abusé. Quand elle fut à même de se représenter le bébé maintenu protégé dans les bras d'un « gardien interne », les vomissements se tarirent.

Ce type de résolution est intervenu dans beaucoup de cas. Chez deux patientes sur 38, les vomissements ont été mis en relation avec un conflit concernant le fœtus. Dans ces cas il s'agissait en effet d'un rejet de l'enfant. Dans la majorité des cas cependant, les causes impliquaient l'existence d'une situation sévère de stress intervenant à ce moment dans la vie de la femme. Par ailleurs des problématiques en rapport avec des conflits anciens non résolus, incluant des traumatismes infantiles, des abus sexuels, des problèmes dans la relation à la mère (rejet) ont été mis à jour.

Selon P. Klaus l'hypnose offre la possibilité à la femme de faire un retour dans le temps et de découvrir ainsi les causes des vomissements, les résultats thérapeutiques étant alors rapides. Lors d'une anxiété très importante, l'hypnose permet à la patiente d'accéder, comprendre et séparer ces préoccupations de la grossesse et de l'enfant et transformer ainsi cette expérience sur un mode curatif.

Ces symptômes physiques apparaissent avoir une dimension psychosomatique et peuvent être donc interprétés comme une manifestation d'une détresse émotionnelle exprimée à travers un langage corporel. Une fois comprises et soulagées, ces femmes, selon Klaus, se sentent souvent plus en contrôle et libres par rapport à ces fantômes du passé, mieux reliées émotionnellement avec l'enfant à venir.

La mise en pratique de technique de self-hypnose, de relaxation, et d'imagerie mentale permettraient également d'atténuer les nausées.

En guise de conclusion :

Il est certainement peu envisageable ni souhaitable de vouloir codifier la prise en charge psychothérapique selon telle ou telle modalité ou technique, en fonction de critères cliniques qui resteraient en tout état de cause à définir.

Chaque thérapeute travaille avec ses outils. Il serait ainsi dangereux de proclamer que les femmes atteintes d'hyperémèse gravidiques pourraient relever d'une technique psychothérapique particulière, on pense notamment à l'hypnose.

Il est apparaît ainsi qu'outre-Atlantique, l'usage de techniques d'hypnothérapie, une fois l'indication posée, semble être mis à profit dans certains cas de vomissements gravidiques.

Cependant la tentation serait grande de poser l'indication de telle ou telle approche, en particulier selon l'intensité des symptômes. Une conclusion tentante serait de soutenir qu'une simple approche psychothérapeutique est suffisamment efficace en cas d'hyperemesis peu sévère, alors que l'hypnothérapie et l'approche comportementale serait plus indiquées dans les cas les plus sévères...

VI - L'ISOLEMENT : PLACE ACTUELLE.

1) Modernité de l'isolement au plan général.

a)- Au sujet de l'hystérie :

Si pendant fort longtemps, l'isolement a constitué l'un des piliers du traitement institutionnel de l'hystérie à l'occasion d'épisodes d'hospitalisation, cette indication tend actuellement beaucoup à se restreindre ou du moins n'est-elle plus formulé avec vigueur.

Ainsi Escande [134, 135], ne reprend pas explicitement le concept de l'isolement dans la revue détaillée qu'il propose de l'ensemble des approches thérapeutiques modernes des états hystériques.

Il signale néanmoins clairement qu'une des indications de l'hospitalisation dans l'hystérie « *est représentée par l'utilité d'une séparation passagère d'avec un environnement hystérisant, au centre duquel se trouve souvent la mère.* » [135]

Quant au cadre précis de l'hospitalisation dans l'hystérie, Escande et Gomez-Senoussi [136] soulignent qu'il doit s'appuyer « *sur certains principes institutionnels : climat suffisamment maternel, capacités à contenir les orages émotionnels, formuler et maintenir des règles claires et fermes.* »

Il nous paraît intéressant par ailleurs de relever à travers des articles moins récents chez des auteurs contemporains, comme Lempérière notamment [244], le caractère de validité très permanent de l'isolement dans l'arsenal thérapeutique de l'hystérie. Lempérière écrit ainsi en 1982 : « *Certaines thérapeutiques s'adressent aux symptômes (objectif à ne pas négliger), avant tout **l'isolement** [souligné par l'auteur] qui, supprimant les interférences sociofamiliales, suffit le plus souvent dans les cas récents.* »

Par ailleurs, Lempérière signale la place des procédés de suggestion qui ont à leur actif « *des succès tenant autant à l'attente du patient qu'au personnage du thérapeute et à la mise en scène dont il s'entoure.* » Cette formulation, ceci nous semble particulièrement frappant, nous renvoie à tout ce que nous avons repéré



de son diagnostic pour être sûr de son pouvoir thérapeutique, ensuite qu'il soit décidé à imposer ce pouvoir à son malade dès la première séance, enfin qu'il ne le lâche pas avant d'avoir remporté le succès. Autrement dit une telle séance ne s'improvise pas : il est indispensable que le thérapeute dispose de tout son temps... et de toute la résistance physique et nerveuse nécessaire. » [234]

L'application de l'isolement, tout autant que celle de la persuasion ou de la suggestion, consiste donc essentiellement à opérer par une sorte de "transfert" tout à la fois magique et massif.

b)- Au sujet de l'anorexie :

L'isolement dans l'anorexie est une mesure qui comme on le sait, s'impose avec force, notamment lorsque les paramètres physiologiques suscitent les plus grandes inquiétudes. Comme le soulignent ainsi Venisse et coll. [375], sa nécessité est directement liée aux contraintes physio-pathologiques de la conduite anorexique.

D'autre part, l'isolement fait partie intégrante de l'hospitalisation de l'anorexique : « *thérapie comportementale avant-l'heure [...]. Rigoureusement "claustral" pour certains et autrefois, il est devenu beaucoup plus souple pour la plupart des auteurs visant essentiellement une séparation d'avec la famille à laquelle il doit être présenté de façon la plus déculpabilisante possible, c'est-à-dire justifié d'un point de vue médical. » [375]*

2) Isolement et vomissements gravidiques aujourd'hui :

a)- Illustration d'une expérience de l'isolement dans la conduite thérapeutique face à des femmes enceintes hyperémétiques : une étude datant de 1971.

Remy et coll. [312], une équipe de Strasbourg, présentent en 1971, une étude à partir de 50 cas d'hyperémèse gravidique. Initialement un traitement médical a été proposé, par l'association d'Insidon et de Primperan.

Remy et coll. considèrent que le rôle joué par les facteurs psychologiques dans l'hyperémèse gravidique est démontré d'une part par l'efficacité de la mesure d'isolement du milieu familial et d'autre part par les fréquentes récurrences coïncidant avec le retour au domicile.

Les vomissements se sont avérés peu sévères dans 30 cas et notamment dans ce sous-groupe, sans lien avec de troubles anxieux ou de troubles du sommeil.

Sur l'ensemble de la cohorte, seules neuf patientes n'ont pas répondu favorablement et la sévérité des vomissements a nécessité l'hospitalisation.

Remy et coll. signalent que la première mesure requise alors a été d'isoler ces patientes en chambre spécialement conçue à cet effet, toute visite étant interdite, les coupant ainsi de leur entourage familial. L'isolement a donc été l'élément le plus important dans la prise en charge globale de ces femmes.

Sous réhydratation IV associée à des flashes d'un anti-émétique (en l'occurrence du Primperan) l'amélioration clinique a toujours été rapide. En deux ou trois jours la réalimentation est redevenue possible. Quant à l'isolement celui-ci est maintenu pendant une semaine.

Remy et coll. signalent trois récurrences contraignant à une réhospitalisation. Seule une patiente a nécessité une prise en charge psychothérapeutique en raison de la persistance des symptômes.

b)- Quelques mots sur la pratique de l'isolement telle qu'elle était en vigueur à la Maternité Régionale de Nancy au moment de notre passage en 1996.

Monsieur le Professeur SCHWEITZER nous a ainsi transmis le protocole appliqué aux situations d'hyperémèses gravidiques.

Ce protocole définit trois grands cadres cliniques en lien avec des critères de gravité et/ou des situations particulièrement rebelles au traitement médical de première ligne.

Nous retrouvons en premier lieu le cas des formes modérées, en second lieu le cas des formes graves et enfin un troisième cas de figure : celui des formes critiques et prolongées.

Dans le protocole était donc indiqué dans les formes graves la mise en isolement complet et prescription d'une consultation psychiatrique ou entrevue avec un psychologue dans les 36 premières heures ; le maintien de l'isolement étant alors subordonné à l'avis psychiatrique.

Dans les formes critiques et prolongées, l'indication de l'isolement est définie selon les mêmes modalités en vigueur dans les formes graves. Néanmoins, concernant ces formes particulièrement rebelles, une deuxième consultation psychiatrique est prévue afin de redéfinir l'indication éventuelle du maintien ou de la reprise d'une mise en isolement complet.

c)- Les "tenants" de l'isolement :

L'évidence s'impose : un fort courant contemporain dans le milieu gynéco-obstétrical français revendique la nécessité rigoureuse de l'isolement dans le traitement des vomissements gravidiques nécessitant une prise en charge hospitalière. Des auteurs comme Merger, Levy et Melchior [274], De Tourris et coll. [363], Bourbon et Malinas [42], Poulain et coll.[306], Chaussade et coll. [69], s'inscrivent dans ce courant.

Mais il faut de même le préciser, cette position est partagée à l'identique par nombre d'auteurs issus du champ spécifique de la psychiatrie. Ainsi Lempérière et coll. [244], Marie-Cardine et coll. [265], Nollet [291], Heim et coll. [199].

A contrario, d'autres auteurs dans des articles réactualisant la question des vomissements gravidiques, ne font plus apparaître le concept de l'isolement : c'est le cas notamment de Modigliani et Bernades [279] ou Dufour et coll. [124]. De fait, signalons que, de ce point de vue, Modigliani et Bernades sont en cohérence avec leur prise de position concernant la dimension étiologique de l'hyperémèse gravidique. Ces auteurs observent en effet que « *des données épidémiologiques suggèrent que ce trouble n'est probablement pas en rapport avec des facteurs psychologiques.* »

Un auteur comme Stotland [353] (traduction française d'un article en langue anglaise), notons-le, mentionne l'isolement mais de façon implicite avec une consigne dans la conduite du traitement consistant en une « *réduction des demandes et stimulations.* »

Il nous paraît ainsi intéressant de reprendre comment l'isolement se conçoit de nos jours.

- Les partisans de la "ligne dure" :

Pour Merger, Levy et Melchior [274], l'action thérapeutique à la phase émétisante peut « *s'exercer sur le pôle nerveux, le plus accessible à nos moyens de traitement* ». L'isolement « *absolu à l'hôpital, dans une chambre à un lit, silencieuse et demi-obscur, est la base du traitement, souvent difficile à faire accepter par l'entourage* ».

A l'isolement s'associent une mise en confiance de la malade et une « *psychothérapie, par action de la parole, en mettant en jeu plutôt la persuasion que la suggestion [...]* ». Eventuellement « *Les soins doivent être vigilants, empreints d'attention, de calme, d'autorité. Leur répétition, la minutie de leur horaire et de la diététique ont une action heureuse.* »

De Tourris, Magnin et Pierre [363] dans un manuel de réédition récente, préconisent également l'isolement dans les vomissements gravidiques graves. Notons qu'ils ne spécifient pas explicitement les modalités pratiques de l'isolement. Le texte est accompagné cependant d'une illustration montrant l'image d'une femme alitée, perfusée, dans une chambre manifestement plongée dans l'obscurité.

L'isolement, précisent les auteurs, est associé à une « *psychothérapie d'information et de soutien auprès de la malade et son entourage et enquêtes psychologiques pour déceler certains conflits.* » Ils ajoutent que « *l'examen psychiatrique est souvent nécessaire, mettant en évidence des manifestations de psychose.* »

Evidemment, notons-le, ce terme de psychose est employé selon une acception probablement assez vague avec la visée, on peut le penser, de signifier sans préjuger

de leur nature, l'association avec les vomissements gravidiques sévères de manifestations psychopathologiques sérieuses.

De Tourris et coll. précisent enfin que l'isolement est alors supprimé lorsque les vomissements ont disparu et que l'alimentation est reprise.

Quant à Baudet et coll. [22], ils préconisent pareillement l'isolement en chambre obscure ou semi-obscure, qui est selon eux la première mesure à prendre afin de mettre à distance la patiente de son milieu familial. En effet, ces jeunes femmes sont « *habituellement victimes de leur entourage qui les protège de façon excessive : le mari très attentionné (trop pourrait-on dire...) abdique souvent son autorité devant une mère qui revient en force dans le couple, et redevient la mère toute-puissante de la petite enfance. La jeune femme enceinte s'abandonne à cette autorité, se laisse mater, exclut plus ou moins son mari, et se réfugie dans un monde nouveau où se mêlent la régression, mode de défense classique, et l'introversion qui l'isole du monde extérieur dans une cellule familiale à la fois confortable et pesante.* »

Ainsi, selon Baudet et coll. [22], « *Cette situation psychologique particulière n'est peut-être pas la cause unique du syndrome des vomissements incoercibles : mais c'est sur un tel terrain que se développe la maladie, ainsi que le montre l'efficacité thérapeutique des mesures d'isolement.* »

Baudet et coll. concluent : « *Isolement et psychothérapie sont nécessaires, souvent suffisants* ». Cependant, « *ces mesures thérapeutiques permettent, en une ou deux semaines, de juguler les vomissements incoercibles et d'arrêter l'amaigrissement : il est alors possible d'assouplir très progressivement les mesures d'isolement en sachant que la récurrence est toujours possible au cours du premier trimestre si le retour en milieu familial est trop rapide.* »

Du côté des psychiatres, le concept d'un isolement "strict" rencontre l'adhésion de certains. Ainsi, Marie-Cardine et coll. [265], qui écrivent à propos des vomissements gravidiques : « *leur persistance se rencontre surtout chez les hystériques conduisant d'une manière assez rare à des états graves que fait céder l'isolement strict en milieu hospitalier.* »

- Les partisans "modérés" de l'isolement :

Heim et coll. [199], précisent à propos des cas sévères de vomissements de la grossesse : « *une hospitalisation est obligatoire en vue d'une correction des troubles hydroélectrolytiques, d'une renutrition et d'une surveillance fœtale plus rapprochée. Une prise en charge psychothérapeutique est alors nécessaire. L'attitude classique d'isoler les patientes de leur milieu familial donnerait des résultats intéressants, mais doit être accompagnée d'un soutien psychothérapeutique.* » Et d'ajouter que « *l'isolement classique complet dans l'obscurité est actuellement moins prescrit.* »

Pour Dayan et coll. [97], l'isolement relève d'une décision prise par habitude personnelle ou tradition. Par ailleurs, ils considèrent que l'efficacité d'une telle pratique n'a pas été démontrée et à tout le moins ne paraît pas supérieure à celle des traitements psychothérapiques. Quoiqu'il en soit, il reste que l'isolement, Dayan et coll. le soulignent « *demeure la seule attitude thérapeutique habituellement utilisée.* »

Ils concluent en situant la décision de l'isolement comme le résultat d'une élaboration pluridisciplinaire ou dont la mise en place doit être différée après le début de la prise en charge psychologique.

d)- Emergence d'une "dissidence" :

Le terme de dissidence est certes un peu provocateur. Néanmoins quelques-uns, font entendre leur désaccord concernant les mesures d'isolement des femmes enceintes hyperémétiques, érigé selon une tradition encore très enracinée en principe "absolutiste" peu ou pas remis en question.

Parmi ces voix discordantes, ainsi Marie-Laure Letrou [246] qui affirme fortement une position "insurrectionnelle". A l'origine, « *l'isolement était préconisé par les anesthésistes avec pour objectif, un isolement sensoriel de la femme dont les symptômes seraient intensifiés par toutes sortes de stimulations sensorielles. Mais actuellement, on a oublié cette origine et c'est souvent dès l'entrée de la patiente dans le service, ou peu de temps après, que la décision d'isolement est prise par le gynécologue.* »

Marie-Laure Letrou poursuit en observant que le gynécologue reconnaît le plus souvent l'absence d'argument scientifique. *« Aucune étude n'a encore évalué l'intérêt d'une telle pratique qui repose sur le sentiment d'une amélioration des troubles en isolement. »*

M.-L. Letrou s'insurge donc sur le caractère autoritaire de cette mesure à partir de laquelle *« émerge un contrat plus ou moins précis sur ce qui doit être accordé ou refusé à la femme en fonction de ses vomissements, des calories et de son poids. Pour certains comportementalistes, l'isolement est utile en tant que renforcement négatif dans le cadre de leur thérapie. Parfois, gynécologues et obstétriciens s'interrogent sur son mécanisme d'action : est-ce la séparation de la famille ou la distance par rapport aux sources de stress qui procurent un soulagement à la femme ? Est-ce la perfusion, dans la plupart des cas associée à l'isolement, qui est efficace ? »*

Enfin au-delà de l'empirisme thérapeutique de l'isolement, Marie-Laure Letrou s'inquiète d'une part de ce que peut être le vécu de la femme dans le cadre d'une mise en isolement et d'autre part l'auteur se questionne sur d'éventuelles répercussions psychologiques au plan familial. Plus encore, M.-L. Letrou émet l'hypothèse ou du moins s'interroge comment éventuellement, une mesure d'isolation pourrait affecter durablement la future mère, et avoir un retentissement au niveau des interactions mère-enfant en période post-natale.

M.-L. Letrou plaide plutôt pour qu'il y ait une intervention extérieure d'un psychologue ou d'un psychiatre travaillant non seulement auprès de la femme, mais aussi auprès de l'équipe, afin que, dans un contexte potentiellement difficile, puissent être évités ces *« deux écueils possibles de la prise en charge que sont l'archarnement thérapeutique ou le rejet de la patiente et de sa souffrance. »*

C'est ainsi de façon éloquente que Sylvain Missonnier [278] nous offre l'exemple d'une intervention psychothérapique auprès d'une patiente hospitalisée et plongée dans les affres de vomissements incoercibles de la grossesse. A travers une vignette clinique qu'il a intitulée *"Vomir dehors pour naître dedans"*, l'auteur démontre magistralement dans cette situation la valeur d'un accompagnement psychothérapique.

Une autre illustration d'une remise en question de l'indication de l'isolement perçue comme exagérément extensive nous est proposé par Porret et Jouhet [305].

A propos d'une observation, ceux-ci interrogent ainsi les limites d'une mesure d'isolement classique et mettent en évidence l'intérêt que représente une écoute psychologique de patientes souffrant de vomissements gravidiques.

e)- Mise au point et discussion :

Nous venons donc de voir qu'un débat est en train d'émerger concernant l'indication de l'isolement dans les situations d'hyperémèse gravidique. Les arguments déployés par les adversaires déclarés de l'isolement regroupent au premier chef, le caractère peu fondé scientifiquement de cette pratique thérapeutique, l'absence d'études contrôlées afin d'évaluer son efficacité réelle (en terme d'efficacité thérapeutique, les psychothérapies apparaissent assez clairement comme au moins aussi efficaces que l'isolement) et la dimension "traditionnaliste" de la prescription prise pour cible.

D'autre part, certaines critiques émises focalisent le débat sur le retentissement psychologique de l'isolement en terme de préjudice moral.

La décision de la mise en place de l'isolement devrait passer ainsi dans le meilleur des cas par une élaboration pluridisciplinaire au sein de l'équipe de soin.

Enfin l'approche psychothérapeutique s'affirmerait de manière optimum comme principe de base de la prise en charge des vomissements gravidiques nécessitant une conduite thérapeutique en milieu hospitalier. Cette approche ne resterait ainsi plus dans l'ombre de l'isolement comme un adjuvant, une mesure auxiliaire.

VI - SYNTHÈSE ET PROSPECTIVE.

1) Discussion générale sur la causalité psychique des vomissements gravidiques.

Dans l'absolu, l'étiologie de l'hyperémèse gravidique reste actuellement assez peu comprise. De ce point de vue, il est toujours assez frappant de lire dans la conclusion

de nombreux articles ce constat selon lequel l'origine des vomissements gravidiques est encore loin d'avoir été élucidée.

La majorité des auteurs s'entendent toutefois pour penser que les déterminants de cette affection sont poly-factoriels et le paradigme conceptuel actuel repose sur le postulat d'une origine dite bio-psycho-sociale.

De façon générale, si la réalité des nausées et des vomissements liés à l'état gravidique est universellement rencontrée, il serait toutefois admis que, selon des auteurs comme Iancu et coll. [207], Belmont [31], les vomissements sévères de la grossesse ne sont pas connus dans les cultures primitives.

Cette donnée, qui est très peu mentionnée - notons le - de manière générale dans la littérature, revêt un très grand intérêt, si l'on veut véritablement approcher dans toute sa dimension la complexité de ce que nous pourrions considérer comme une sémiotique attachée au phénomène des vomissements gravidiques. La mise en lumière de cet aspect par Nicole Belmont nous paraît de fait passionnant.

Quoi qu'il en soit, la consultation des données de la littérature sur le sujet démontre à l'évidence l'importance du rôle tenu par les facteurs psycho-sociologiques, dans une multitude de situations d'hyperémèse gravidique.

Nombre d'auteurs, notamment Iancu et coll. [207] encore, l'indiquent bien, en repérant par exemple la disparition des symptômes après soustraction de la patiente de son milieu familial et les fréquentes récives au retour au domicile.

A fortiori, pour Iancu et coll. [207], le fait que ces vomissements ne sont observés que chez les humains, que l'hypnose est efficace ainsi que d'autres formes de suggestion et que l'incidence est très nettement réduite en temps de guerre, sont des indicateurs incontestables de la nature "psychosomatique" de l'hyperémèse gravidique.

L'hyperémèse gravidique, rappelons-le, a été initialement reliée à la possibilité d'un conflit psychologique par Kaltenbach en 1891. En effet on pensait alors que les vomissements représentaient le refus inconscient de la grossesse. Cette idée a contribué à donner une image très négative des patientes présentant de graves

vomissements gravidiques, conduisant à une approche faite de rejet. D'un point de vue culturel, il est assez bien admis dans les pays occidentaux que le dégoût et des attitudes de rejet peuvent être électivement exprimées par des symptômes au niveau du tractus digestif supérieur. Ainsi le rejet de la grossesse se traduirait par des vomissements.

Des théories plus récentes écartant cette idée du rejet du fœtus ont plutôt mis en cause des sentiments d'ambivalence à la fois concernant la grossesse mais aussi la féminité [217].

D'autres rapportent que l'hyperemesis gravidarum apparaîtrait de façon prévalente chez des femmes exprimant plus particulièrement certains traits de personnalité tels l'immaturité, la dépendance, l'hystérie, la dépression ou l'anxiété Fairweather[141].

Farkas [142] soutient quant à lui que l'hyperémèse gravidique, s'inscrit comme une réaction de protestation envers la grossesse résultant de conflits psychologiques en rapport avec des problèmes familiaux et conjugaux.

L'hyperémèse gravidique semblerait donc pour une part être reliée à un soubassement psychopathologique. Cette pathologie, ne l'oublions pas, ce qui est souligné par des auteurs comme Abell et Riely [1], Godsey et Newmann[177], pour ne citer que ceux-ci, peut se compliquer de sévères désordres nutritionnels avec un risque de réduction de la prise de poids maternelle et du poids de naissance de l'enfant.

Ces risques impliquent la nécessité d'une prise en charge thérapeutique sans délai et de la mise en place d'une surveillance foetale accrue en cas de grossesse compliquée par une récurrence des vomissements de type hyperemesis.

Historiquement, au sujet des diverses solutions thérapeutiques envisagées (quoique ceci puisse être toujours d'actualité) retenons l'immense variété des médications (vitamines, hormones, psychotropes...) qui ont pu être proposées et expérimentées depuis une cinquantaine d'années, avec parfois quelques résultats concluants selon certaines études non contrôlées, anecdotiques.

De ce point de vue, le parallèle avec l'hystérie, nous l'avons déjà mentionné, nous est apparu particulièrement frappant.

Avec l'essor des premières théories psychogénétiques, qui se sont révélées être nettement disqualifiantes comme nous avons tenté d'en faire l'analyse, les modalités "relationnelles" ou à visée "proto-comportementalistes" vers la fin du XIX^{ème} siècle concernant le traitement de l'hyperémèse gravidique, ont pris une forme plutôt punitive. Cependant, dès les années 1920 et 1930, progressivement la pertinence d'une approche à visée psychothérapeutique a commencé à prendre quelques contours et l'idée d'instaurer avec ces femmes souffrant de cette affection une alliance thérapeutique en leur prodiguant une attention soutenue a pu peu à peu se développer.

Aussi, du point de vue des connaissances récentes au plan des données d'une psychopathologie comme co-facteur de l'hyperémèse gravidique, certains auteurs soulignent à cet égard, tels Uddenberg [370] ou Fitzgerald [150], le rôle tenu par certains traits de personnalité ou certains facteurs psychologiques qui pourraient accroître le degré de nausée et mener à cet état de sévérité des vomissements connus sous le terme d'hyperémèse gravidique.

Iancu et coll. suggèrent que les femmes plus particulièrement immatures et dépendantes (apparemment plus réceptives à l'hypnose) pourraient utiliser des processus de coping maladaptés au cours de la grossesse, et ce d'autant plus en cas d'absence d'un soutien social. [207]

Le fait de vomir serait ainsi un comportement appris qui permettrait à la patiente d'évacuer ou de se détourner d'une situation ou d'un contexte source de tensions intolérables. Le phénomène de conversion est convoqué ici par certains auteurs comme El-Malak et coll. [130], qu'ils identifient comme l'un des mécanismes psychiques à la base des vomissements de la grossesse, à travers lequel le conflit psychique s'exprime ainsi sous forme d'un symptôme corporel.

Certaines patientes, consciemment ou non, se révèlent capables de minimiser le stress émanant de leur environnement en sollicitant l'attention et des soins pour des

manifestations et des symptômes "physiques". Plus encore, une recrudescence des vomissements après l'hospitalisation s'observe parfois, créant ainsi un circuit fermé.

Des études seraient nécessaires afin de tirer au clair la part de la vulnérabilité psychologique dans la survenue des vomissements graves de la grossesse, tout autant que les effets des différentes approches thérapeutiques. La plupart des études dans ce domaine reposent sur des observations cliniques et les seules études contrôlées réalisées l'ont été avec des populations de faible nombre.

Il y a donc un important besoin de recherches prospectives et d'études sur des échantillons de grandes tailles, incluant des patientes recevant peu ou pas de médicaments et avec une attention portée sur les aspects psychologiques.

Plus encore il serait souhaitable de minimiser ou même d'éliminer la survenue de vomissement et donc de l'inconfort associé et ses répercussions sur l'état émotionnel.

De fait encore peu de cas d'hyperemesis gravidarum requièrent un avis psychiatrique. La plupart reste pris en charge par les obstétriciens à l'aide d'un traitement médical, des explications et un soutien visant à rassurer et corriger une éventuelle aggravation du comportement.

Dans les cas sévères, l'intervention d'une équipe triangulaire incluant l'obstétricien, le psychiatre et l'assistante sociale pourraient obtenir les meilleurs résultats avec ce type de patientes. Il est clair, selon Iancu et coll., qu'une intervention de nature psychothérapeutique peut contribuer grandement au bien-être de la mère et de l'enfant. Finalement, en terme de coût, une intervention en aval serait bien plus intéressante en regard de la mise en œuvre d'un traitement hospitalier.

2) Intérêt et place du suivi post-natal concernant les grossesses marquées par des vomissements gravidiques sévères.

Cet intérêt semble être démontré par certaines études dont celle de St-André et Twomey (1996), cités par Rousseau [325], qui tendent ainsi à désigner certains symptômes psychosomatiques durant la grossesse, notamment les nausées et vomissements gravidiques sévères, comme des signaux d'alarme qui doivent être

entendus. Ces femmes pourraient ainsi développer une organisation insécure de l'attachement et des difficultés à s'autoréguler.

Nous voyons donc que, au vu de certaines études récentes, l'hyperémèse gravidique constituerait un signal d'alerte concernant le risque d'une vulnérabilité maternelle au plan de l'accordage avec le bébé.

CONCLUSION

Par ce travail, nous avons donc souhaité étudier l'intérêt de l'isolement dans le traitement des vomissements gravidiques.

Nous avons ainsi cherché à ressituer cette question dans une perspective historique et comprendre ainsi comment l'isolement avait été proposé dans les vomissements graves de la grossesse.

L'élaboration de notre réflexion nous a permis de voir apparaître, sous forme d'un arrière plan, une dimension historique que nous avons jugée importante d'inclure dans notre travail.

En effet, nous avons été frappé de voir comment la question des vomissements de la grossesse pouvait véhiculer tout un ensemble de représentations issues de l'héritage d'un passé enraciné dans le mouvement des idées sur le statut de la femme au XIX^{ème} siècle.

Nous avons tenté de dégager l'hypothèse qu'un modèle théorique, celui de l'hystérie tel qu'il s'est édifié à la fin du XIX^{ème} siècle – lequel a été l'aboutissement d'un long processus qui a parcouru la période historique depuis la philosophie des Lumières jusqu'à la fondation d'une psychologie scientifique – et qui a infiltré durablement la compréhension pathogénique des vomissements graves de la grossesse.

Il est tout à fait intéressant de souligner que la question des vomissements de la grossesse a historiquement convoqué au moins deux thèmes majeurs de la dynamique psychique à l'œuvre dans le processus de la maternité, deux thèmes qui ont, nous a-t-il semblé, parcouru l'idée de l'indication de l'isolement dans les vomissements gravidiques.

La première de ces deux thématiques est ce que nous définirions comme le phénomène de l'ambivalence éprouvée par la femme enceinte pour son fœtus. Nous savons maintenant que le concept de l'ambivalence maternelle participe d'un phénomène très universel et constitue une dimension inhérente aux processus psychiques associés en propre à l'état de grossesse. Ce concept fait l'objet d'un

renouveau conceptuel avec l'émergence dans le champ de la médecine fœtale d'une notion particulière, celle de la reconnaissance du sentiment la haine pour le fœtus.

Nous l'avons vu, un certain courant d'idées promu notamment par les pionniers de la psychanalyse a placé l'ambivalence au centre de la psychogénèse des vomissements gravidiques. Cette théorie psychogénétique a postulé que les vomissements gravidiques symbolisaient le rejet par la femme de son état de grossesse et pouvaient de fait être interprétés comme une manifestation agressive vis-à-vis du fœtus, voire être chargés à cet égard d'une volonté filicide.

Ces premiers psychanalystes, nous pensons ici en particulier à Sandor Ferenczi, Hélène Deutsch et Karl Abraham, dont l'oeuvre immense reste toujours féconde, ont de fait interprété le phénomène des vomissements gravidiques comme le prototype dans le champ des manifestations psychosomatiques périnatales d'une conversion hystérique.

Nous en avons fait une hypothèse centrale dans notre travail. Cette conceptualisation psychopathologique fort respectable en soi a eu un impact très péjoratif sur le destin des représentations sociales rattachées au phénomène des vomissements gravidiques.

Par ailleurs, nous pouvons supposer que la pratique de l'avortement comme thérapeutique ultime des vomissements de la grossesse poursuivie jusque dans les premières décennies du siècle dernier, a peut-être à cet égard et d'une certaine manière, renforcé de façon paradoxale cette théorie psychogénétique.

Ce phénomène de renforcement idéologique vient à s'accuser d'autant plus que la généralisation de l'isolement a été historiquement en soi, ce qu'il ne faudrait pas occulter, une avancée thérapeutique tout à fait importante par la démonstration d'une efficacité spectaculaire, faisant ainsi régresser, voire disparaître les décisions de cette thérapeutique du désespoir que constituait alors l'avortement.

Nous nous apercevons donc qu'un enchaînement de faits historiques complexes en forme de spirale a contribué à sceller extrêmement solidement l'approche

thérapeutique de l'isolement comme quasiment un automatisme dont la pérennité reste toujours actuelle.

Il est certain que l'incidence des vomissements graves de la grossesse, dits incoercibles, est devenue très faible. Les cas de femmes enceintes vomisseuses hospitalisées revêtent des formes peut-être moins sévères, le meilleur suivi des grossesses comportant en soi certainement une action de prévention très précieuse de ce point de vue. La diminution drastique de l'incidence de cette pathologie est probablement à rechercher de même, c'est une évidence, du côté des mutations sociologiques et notamment de la démocratisation des moyens de contrôle des naissances.

La place de l'isolement dans cette indication tend ainsi actuellement à se marginaliser. Il est vrai qu'une diversité d'approches psychothérapeutiques est désormais proposée telles l'hypnose, des thérapies comportementalistes ou cognitivistes... Il semble de même intéressant de saisir ce moment fécond afin de favoriser par une approche psychothérapique d'inspiration analytique, l'élucidation de conflits inconscients dont la résolution permettrait d'envisager au mieux l'arrivée de l'enfant et le déploiement des relations précoces.

Il reste que l'indication de l'isolement n'est pratiquement pas repérable dans les publications anglo-saxonnes sur la question. A contrario comme il a été dit, les articles en France consacrés au problème des vomissements gravidiques dans les manuels d'obstétriques restent pour la plupart d'entre eux immuablement imprégnés de cette conviction de l'intérêt de l'indication absolue de l'isolement.

Faudrait-il voir là la permanence d'une vision passéiste de la femme laissant percevoir en filigrane, la trace d'un héritage tenant à l'évolution historique des idées sur l'hystérie et la femme, telle qu'elle s'est construite au cours du XIX^{ème} ...?

Il est par ailleurs troublant de repérer alors même que sonnait le glas de la "grande névrose" (laquelle disparaissait ainsi de la nosographie psychiatrique se diluant dans le cadre mouvant de la pathologie dite "pithiatique", en particulier du fait de

Babinski), combien à la veille du XX^{ème} siècle, la question des vomissements gravidiques a pu être traversée par la figure de l'hystérie.

S'il nous est de fait apparu que, dans la modernité l'hyperémèse gravidique se rapprochait désormais du cadre des troubles des conduites alimentaires, ne peut-on pas ainsi trouver à méditer ce qu'écrit Thierry Vincent : « *ainsi l'hystérie, cette grande pathologie féminine du XIX^e siècle, responsable au moins en partie ds mouvements féministes et de leur combat pour une égalité des droits entre hommes et femmes, a été supplantée par l'anorexie, devenue de nos jours la grande affection féminine contemporaine. Cette dernière repose de toute autre manière le lien entre le féminin, la fonction paternelle, la maternité et l'appropriation phallique du monde, et donc la construction de la différence des sexes.* » ? [377]

Enfin, ce que nous révèle plus secrètement l'histoire de la pratique de l'isolement en maternité, c'est originairement de manière surprenante, l'idée qui se préfigure de penser un cadre, propice à la mise en œuvre d'une thérapie psychique. De Lantuejoul à Hartmann, l'engouement des médecins pour cette pratique nous en donne témoignage : par l'isolement le médecin se découvre ainsi le pouvoir de guérison par l'esprit !

Nous nous permettons ici de faire naturellement allusion à ce court ouvrage bien connu de Stefan Zweig intitulé "*La guérison par l'esprit*", consacré à l'homme Freud et sa "grande invention", la psychanalyse.

Ainsi, nous laisserons le dernier mot à Danièle Brun qui écrit magnifiquement : « *N'est-ce pas au corps des femmes parturientes, portées par un désir d'enfant qu'est, encore et toujours, lié l'avènement de la psychanalyse ? N'est-ce pas ainsi qu'elle trace sa route penchant tantôt du côté de l'art, tantôt du côté de la science, avec tous les aléas que l'on connaît ?* »

BIBLIOGRAPHIE

- 1- ABELL T. L., RIELY C. A.
Hyperemesis gravidarum.
Gastroenter. Clin. North Am., Dec. 1992, Vol. 21, N°4, pp. 835-849.
- 2- ABRAHAM K.
Psychanalyse et gynécologie (1925).
in Oeuvres Complètes, Tome 2, Développement de la libido : Formation du caractère.
Paris, Ed. Payot, 1973, pp. 216-222.
- 3- ABRAHAM S.
Nausea and vomiting in pregnancy.
Current Therapeutics, 1996, pp. 41-48.
- 4- ABRAHAM S.
Sexuality and reproduction in bulimia nervosa patients over 10 years.
J. of Psychosom. Research, 1998, Vol. 44, N° 3/4, pp. 491-502.
- 5- ABRAMS B.F., LAROS R. K.
Prepregnancy weight, weight gain, and birth weight.
Am. J. Obst. Gynecol., 1986, Vol. 154, pp. 503-509.
- 6- ABU M. A. E., SINHA P., TOTOE L.
Addison's disease in pregnancy presenting as hyperemesis gravidarum.
J. Obstet. Gynaecol., 1997, Vol. 17, pp. 278-279.
- 7- AFIFI A., DESCAMPS P. H., HAMOUD A., PARIENTE E.A.
Les complications ictériques liées aux vomissements du premier trimestre (hyperemesis gravidarum).
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1990, Vol. 19, pp. 455-458.
- 8- ALEXANDER F.
La médecine psychosomatique.
Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1962, 243 p.
- 9- AMMANITI M.
Les catégories des représentations pendant la grossesse.
in Maternité et grossesse (collectif).
Paris, P.U.F. (Monographies de la Psychiatrie de l'enfant), 1999, pp. 45-56.
- 10- ANZIEU A.
La femme sans qualité : Esquisse psychanalytique de la féminité.
Paris, Dunod, 1997, 152 p.
- 11- APFEL R. J., KELLEY S. F., FRANKEL F. H.
The role of hypnotizability in the pathogenesis and treatment of nausea and vomiting of pregnancy.
J. Psychosomat. Obstet. Gynecol., 1986, Vol. 5, pp. 179-186.
- 12- APPLEBY L., FOX H., SHAW M., KUMAR R.
The psychiatrist in the obstetric unit.
British J. Psychiatry, 1989, Vol. 154, pp. 510-515.
- 13- ASSOUN P. -L.
Leçons psychanalytiques sur Corps et Symptôme (Tome 1 : "Clinique du corps" et Tome 2 : "Corps et Inconscient").
Paris, Ed. Economica, coll. Anthropos, 1997, chaque Tome : 112 p.

- 14- ATANACKOVIC G., WOLPIN J., KOREN G.
Determinants of the need for hospital care among women with nausea and vomiting of pregnancy.
Clin. Invest. Med., 2001, Vol. 24, N°2, pp. 90-93.
- 15- AULAGNIER P.
Remarques sur la féminité et ses avatars.
in *Le désir et la perversion*.
Paris, Ed. du Seuil, 1967, pp. 55-89.
- 16- BADINTER E.
L'amour en plus : Histoire de l'amour maternel (XVIIème-XXème siècle).
Paris, Ed. Flammarion, coll. Le Livre de Poche, 1980, 472 p.
- 17- BALINT M., BALINT E.
Techniques psycho-thérapeutiques en médecine.
Paris, Ed. Payot, 1966, 294 p.
- 18- BARRUCAND D.
La psychogenèse des vomissements répétés de la femme enceinte.
Annales Médico-Psychologiques, Paris (126^e année), Tome 2, N° 5, pp. 617-626.
- 19- BARTHOLOMEW U., KLAPP B. F.
Inpatient psychotherapy of hyperemesis gravidarum : a case report.
Z. Geburtshilfe Perinatol., 1992, Vol. 196, N° 3, pp. 134-139.
- 20- BARTOLOMEI G., CERUTTI R.
Importance des facteurs psychiques dans la grossesse.
in *Medecine psychosomatique et maternité (1er Congrès International de Médecine psychosomatique et Maternité, Paris, 8-12 Juillet 1962)*, sous la direction de L. Chertok.
Paris, Gauthier-Villard, 1965.
- 21- BASSET H.
Des vomissements incoercibles chez les hystériques.
Thèse Médecine, Paris, 1888 (Paris, 1887 1889, Tome 2), 96 p.
- 22- BAUDET J. H. , AUBARD Y., CHINCHILLA A. M., COBIN L., GASQ M.
Vomissements du début de la grossesse.
La Gazette Médicale, Vol. 100, N° 21, pp. 44-47.
- 23- BAUDET J. H., BONNAUD F., PICHENEAU D., ZAGO J.
Modification de l'odorat.
in *Médecine interne et grossesse (chap. XX : ORL et grossesse)*.
Paris, Ed. Maloine, 1980, pp. 254-255.
- 24- BAYLIS J., LEEDS A., CHALLACOMBE D.
Persistent nausea and food aversions in pregnancy.
Clin. Allergy, 1983, Vol. 1, pp. 263-269.
- 25- BEAUVOIR (de) S.
Le deuxième sexe I.
Paris, Ed. Gallimard, 1976, 408 p.
- 26- BEAUVOIR (de) S.
Le deuxième sexe II.
Paris, Ed. Gallimard, 1976, 663 p.

- 27- BEETSCHEN A., CHARVET F.
Psychologie et psychopathologie de la maternité, psychoses puerpérales.
Confr. Psychiatr., 1978, N° 16, pp. 83-119.
- 28- BEGOIN-GUIGNARD F.
A l'aube du maternel et du féminin. Essai sur deux concepts aussi évidents qu'inconcevables.
Revue Française de Psychanalyse, Tome LI, P.U.F., 1987, pp. 1491-1503.
- 29- BEGOIN-GUIGNARD F.
Le féminin et le maternel.
Les Cahiers de l'IPC, N°5 « La mère et le maternel », 1987, pp. 12-32.
- 30- BELLION E.
Agressivité et grossesse ; pour un cheminement nécessaire vers la naissance de la relation mère/bébé.
Devenir, Vol. 13, N° 1, 2001, pp. 67-83.
- 31- BELMONT N.
Conception, grossesse et accouchement dans les sociétés non occidentales.
Confr. Psychiatr., 1978, N° 16, pp. 285-305.
- 32- BENEDEK T.
Les fonctions de l'appareil sexuel et leurs troubles.
in F. Alexander : La Médecine Psychosomatique.
Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1962, pp. 187-229.
- 33- BERTLING M. H., GREENSBORO N. C.
Some psychic aspects of dysmenorrhea and nausea and vomiting of pregnancy.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1948, Vol. 56, N°4, pp. 733-737.
- 34- BIBRING G. L.
Some considerations of the psychological process of pregnancy.
The Psychoanalytic Study of the Child, 1959, Vol. XIV (International Universities Press N. Y.), pp. 113-121.
- 35- BIGRAS J., GARON LEONARD J.
Propos psychanalytiques sur la grossesse et l'enfantement.
Confr. Psychiatr., 1978, N°16, pp. 319-341.
- 36- BIRRAUX A.
Mère et fille : Remarques sur le maternel et le féminin.
Les Cahiers de l'IPC, N°5 « La mère et le maternel », 1987, pp. 105-113.
- 37- BLANC B., CONTE M., GIUDICELLI B., BOUBLI L., BERNARD Y., BARRY B.
Modification de l'organisme maternel au cours de la grossesse.
Encycl. Méd. Chir. (Paris-France), Obstétrique, 5008 A10, 12-1998, 18 p.
- 38- BOLOGNE J. -C.
Pudeurs médicales.
in Histoire de la pudeur.
Paris, Ed. Olivier Orban, coll. Pluriel, 1986, pp. 84-109.
- 39- BOLZINGER A.
Controverses pour un anniversaire : Le centenaire de l'hypnose.
Bulletin de psychologie, Tome XLII, N° 389, pp. 395-399.

- 40- BORGEAT A., FATHI M., VALITON A.
Hyperemesis gravidarum : is serotonin implicated ?
Am. J. Obstet. Gynecol., 1997, Vol. 170, pp. 476-477.
- 41- BOUCHER L.
Les troubles alimentaires graves du nourrisson : des enfants qui se laissent mourir ?
Psychiatrie de l'enfant, 1987, XXX, N°1, pp. 5-32.
- 42- BOURBON J.-L. , MALINAS Y.
Nausées et vomissements de la femme enceinte : péripétie ou pathologie ?
Gynécologie Obstétrique du Praticien, 1981, Vol.17, pp. 61-66.
- 43- BOURDIEU P.
Au cœur de la domination masculine.
in Femmes, le mauvais genre ?, Le Monde diplomatique, Manière de voir 44, Mars-Avril 1999, pp. 81-82.
- 44- BOURGEOIS N., CREMER M.
Affections digestives et grossesse.
in Traité d'Obstétrique, sous la direction de R. Vokaer.
Paris, Ed. Masson, Vol. 3 (Pathologies médico-chirurgicales de la grossesse), 1988, pp. 128-137.
- 45- BOYCE R.
Enteral nutrition in hyperemesis gravidarum : A new development.
J. Am. Diet. Assoc., 1992, Vol. 92, pp. 733-736.
- 46- BRANDES J. M.
First-trimester nausea and vomiting as related to outcome of pregnancy.
Obstet. Gynecol., 1967, Vol. 30, pp. 427-431.
- 47- BRIGGS G.
A guideline for treating hyperemesis gravidarum.
Contemp. Obstet. Gynecol., 1997, pp. 70-79.
- 48- BRINCH M., ISAGER T., TOLSTRUP K.
Incidence de l'anorexie mentale sur la maternité et le maternage.
in L'enfant dans sa famille : Le développement en péril, sous la direction de E.J. Anthony et C. Chiland.
Paris, P.U.F., 1992, pp. 185-196.
- 49- BROCKINGTON I.
Motherhood and Mental Health.
Oxford, Oxford University Press, 1996, 611 p.
- 50- BRONTÉ C.
Jane Eyre.
Librairie Générale française, Le livre de poche, 1964 (pour la traduction et les notes) et 1984 (pour les commentaires), 540 p.
- 51- BROUSSARD C. N., RICHTER J. E.
Nausea and vomiting of pregnancy.
Gastroenter. Clin. North Am., 1998, Vol. 27, N° 1, pp. 123-151.
- 52- BROWN J. E., TOMA R. B.
Taste changes during pregnancy.
Am. J. Clin. Nutrition, 1986, Vol. 43, pp. 414-418.

53- BRUN D.

La maternité dans les écrits freudiens et post-freudiens.
Etudes freudiennes, 1991, N° 32, pp. 9-34.

54- BYDLOWSKI M.

La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité.
Paris, P.U.F., 1997, 203 p.

55- BYDLOWSKI M.

La relation foeto-maternelle et la relation de la mère à son fœtus.
in Nouveau traité de l'enfant et de l'adolescent, sous la direction de : Lebovici S., Diatkine R., Soule M.
Paris, P.U.F., 1995, pp. 1881-1891.

56- BYDLOWSKI M.

Les enfants du désir : le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient.
Psychanalyse à l'Université, 1978, N° 13, pp. 59-92.

57- CABANAC M., DUCLAUX R.

Alliesthésie olfacto-gustative et prise alimentaire chez l'homme.
J. Physiol. (Paris), 1973, Vol. 66, pp. 113-135.

58- CAHEN F., FERNANDEZ D., KURCHARSKY G., LECOMTE J., TOUAH R., VAUDOLON J.

La fonction maternante de l'équipe soignante pour les femmes enceintes hospitalisées.
Les dossiers de l'Obstétrique, 1991, N° 188, pp. 19-22.

59- CALLAHAN E. J., BURNETTE M. M. , DELAWYER D., BRASTED W. S.

Behavioral treatment of hyperemesis gravidarum.
J. Psychosom. Obstet. Gynecol., 1986, Vol. 5, pp. 187-195.

60- CAMUS J., PAGNIEZ P.

Isolement et psychothérapie.
Paris, Ed. Félix Alcan, 1904, 407 p.

61- CARLONI G., NOBILI D.

Syndrome de refoulement d'idées filicides inconscientes.
in La mauvaise mère.
Paris, Petite Bibliothèque Payot, 1981, pp. 91-93.

62- CARUSO S. M., EL-MALLAKH R. S., HALE M. S.

Systems dynamics in hyperemesis gravidarum.
Family Systems Medicine, 1990, Vol. 8, N° 1, pp. 91-95.

63- CATELOY C.

Les vomissements graves de la grossesse (à propos de 58 observations).
Thèse Médecine, Amiens, 1973, 66 p.

64- CAZEAUX P.

Des maladies des femmes enceintes : Lésions de la digestion.
in Traité théorique et pratique de l'art des accouchements.
Paris, Librairie F. Chamerot, 1862 (6^{ème} édition), pp. 259-273.

65- CHAN N. N.

Thyroid function in hyperemesis gravidarum.
Lancet, 1999, jun 26, 353 (9171), p. 2243.

- 66- CHARCOT J. - M.
Dix-septième leçon : « De l'isolement dans le traitement de l'hystérie ».
in Oeuvres Complètes, Tome III.
Paris, Ed. Lecrosnier et Babé, 1890, pp. 238-252.
- 67- CHATWANI A., SCHWARTZ R.
A severe case of hyperemesis gravidarum.
Am. J. Obstet. Gynecol., Vol. 143, N° 8, pp. 964-965.
- 68- CHAUSSADE S., SOGNI P., BERRETTA O.
Maladies digestives et grossesse.
in Obstétrique, sous la direction de E. Papiernik, D. Cabrol., J. Pons.
Paris, Ed. Medecines-Sciences-Flammarion, 1995, Maladies Digestives et Grossesse, pp. 873-884.
- 69- CHAUVELOT D.
« L'hystérie en apothéose ».
in L'hystérie vous salue bien.
Paris, Ed. Denoël, 1995, pp. 231-274.
- 70- CHENEY C. O.
Indications de l'avortement thérapeutique du point de vue du neurologue et du psychiatre.
La Semaine des Hôpitaux de Paris, 1935, pp. 533-538.
- 71- CHERTOK L.
Hypnose et suggestion.
Paris, P.U.F, coll. Que sais-je ?, 1993 (1^{ère} Ed. : 1989), 125 p.
- 72- CHERTOK L.
Le non-savoir des psy : L'hypnose entre psychanalyse et biologie.
Le Plessis-Robinson, Ed. Synthélabo, coll. Les empêcheurs de penser en rond, 1998, 283 p.
- 73- CHERTOK L., MONDZAIN M. L., BONNAUD M.
Recherche sur les facteurs psychologiques du vomissement gravidique : Contribution méthodologique.
Bulletin de l'Institut National d'Hygiène, 1962, N° 17, pp. 975-988.
- 74- CHERTOK L., MONDZAIN M. L., BONNAUD M.
Vomiting and the wish to have a child.
Psychosomatic Medicine, 1968, N° 25, pp.13-18.
- 75- CHERTOK L., SAUSSURE (de) R.
Naissance du psychanalyste.
Le Plessis-Robinson, Ed. Synthélabo, coll. Les empêcheurs de penser en rond, 1996, 317 p.
- 76- CHIN R. K. H.
Antenatal complications and perinatal outcome in patients with nausea and vomiting complicated pregnancy.
European J. Obstet., Gynaecol. Reprod. Biol., 1989, Vol. 33, N° 3, pp. 215-219.
- 77- CHIN R. K. , LAO T. T., KONG A. M.
Hyperemesis gravidarum in chinese women.
Asia Oceania J. Obstet. Gynaecol., Sep.1987, Vol. 13, N° 3, pp. 261-264.
- 78- CLEGHORN R. A., BROWN W. T.
Psychogenesis of emesis.
Can. Psychiatr. Assoc. J., 1964, Vol. 9, N° 4, pp. 299-312.

- 79- CLEMENT C., CIXOUS H.
La jeune née.
Paris, Union Générale d'Édition, coll. 10/18, 1975, 296 p.
- 80- CLERGET M.-P.
Les envies des femmes enceintes.
in Rites d'accueil et naissance de l'enfant, sous la direction de M.-P. Clerget.
Dossiers du centre Thomas More, Recherches et Documents, N°49 (Session "Rites d'accueil et naissance de l'enfant" au Centre Thomas More les 1^{er} et 2 juin 1985), pp. 44-57.
- 81- COPPEN A. J.
Vomiting of early pregnancy : psychological factors and body build.
Lancet, 24 January 1959, pp. 172-173.
- 82- CORBIN A.
L'Eve nouvelle et la madone imaginaire.
in Le Monde, Dossiers et Documents, "Figures de femmes au XIX^{ème} siècle", N° 39,
Avril 2003, Dossier 2, p. 1.
- 83- CORBIN A.
Le "sexe en deuil" et l'histoire des femmes au XIX^{ème} siècle.
in Le Temps, le Désir et l'Horreur : Essais sur le XIX^{ème} siècle.
Paris, Ed. Champs Flammarion, 1991, pp. 91-105.
- 84- CORCOS M.
Le corps absent : Approche psychosomatique des troubles des conduites alimentaires.
Paris, Ed. Dunod, coll. Psychismes, 2000, 329 p.
- 85- CORCOS M., GIRARDON N., GRANET P., CAYOL V., JEAMMET P.
Troubles des conduites alimentaires : revue de la littérature et perspectives.
Ann. Méd-Psychol., 1997, Vol. 155, N° 7, pp. 425-435.
- 86- CÔTÉ G., BARLOW D. H., SHIPHERD J.
Le coping et l'anxiété.
in Stress et anxiété : Les faux-semblants, sous la direction de L. Chneiweiss, E. Albert.
Château Du Loir, Ed. Jean-Pierre Goureau-IEEP (Upjohn), 1993, pp. 141-160.
- 87- COUCHARD F.
Emprise et violence maternelles.
Paris, Ed. Dunod, 1991, 224 p.
- 88- COUVREUR C.
La menace qui émane de la mère, de la femme.
Revue française de Psychanalyse, 1993, N° spécial Congrès.
- 89- CRAMER B.
Vicissitudes des identifications maternelles.
in Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles, sous la direction de J. Manzano.
Chêne-Bourg, Ed. Médecine et Hygiène, 1996, pp. 21-36.
- 90- CRUMP W. J., ATEN L. A.
Hyperemesis, hyperthyroidism, or both ?
J. Fam. Pract., 1992, Vol. 35, pp. 453-456.

- 91- CUKIER-HEMEURY F., LEZINE I., AJURIAGUERRA (de) J.
Désir d'enfant.
Psychiatrie de l'Enfant, 1987, Tome XXX, N° 1, pp. 59-83.
- 92- CUVELIER A.
Hypnose et suggestion.
Nancy, Presses Universitaires de Nancy, 1987, 147 p.
- 93- CZEIZEL A. E.
Prevention of hyperemesis gravidarum is better than treatment (letter).
Am. J. Obstet. Gynecol., 1996, Vol. 174, N° 5, p. 1667.
- 94- DANTZER R.
Faire face.
in L'illusion psychosomatique.
Ed. Odile Jacob, Coll. Points, 1989, pp. 101-163.
- 95- DAUMER J.
Hypnose et grossesse : à propos d'un cas de vomissements gravidiques psychogènes.
Revue de Médecine Psychosomatique, 1988, Vol. 29, N° 16, pp. 89-96.
- 96- DAYAN J.
Douleur et souffrances pendant la grossesse.
Psy. Fr., 1992, Vol. 23, N° sp, pp. 11-117.
- 97- DAYAN J., ANDRO G., DUGNAT M.
Psychopathologie de la périnatalité.
Paris, Ed Masson, coll. Les âges de la vie, 1999, 549 p.
- 98- DEBRAY R.
Du projet d'enfant à l'enfant réel : un parcours semé d'embûches.
in Bébés/Mères en révolte : Traitements psychanalytiques conjoints des déséquilibres psychosomatiques précoces.
Paris, Ed. Le Centurion, coll. Paidós, 1987, pp. 12-30.
- 99- DELAISI DE PERSEVAL G., LALLEMAND S.
L'art d'accommoder les bébés.
Paris, Ed. Odile Jacob, coll. Opus, 1998, 322 p.
- 100- DELATTE P.-A.
De quelques modalités de la psychothérapie des vomissements incoercibles de la grossesse.
Thèse Médecine, Paris, 1939, 32 p.
- 101- DELAUGE J.
Naissances et représentations : Psychothérapies brèves prénatales.
in Attendre un enfant (Désirs et représentations), sous la direction de J. Dayan.
Ramonville, Ed. Eres, coll. Spirale, N° 6, 1997, pp. 67-77.
- 102- DELECOUR M.
Les vomissements gravidiques.
Entretiens de Bichat, 1965, pp. 267-270.
- 103- DELVAUX M.
Femmes psychiatisées, femmes rebelles : De l'étude de cas à la narration autobiographique.
Le Plessis-Robinson, Ed. Synthélabo, coll. Les empêcheurs de penser en rond, 1998, 281 p.

- 104- DEMAY F.
Les vomissements graves du 1^{er} trimestre de la grossesse et l'incidence de l'hypotrophie fœtale.
Thèse Médecine, Nancy, 1972, 72 p.
- 105- DEMYTTENAERE K., LENAERTS H., NIJS P., VAN ASSCHE F. A.
Individual coping style and psychological attitudes during pregnancy and predict depression during pregnancy and during postpartum.
Acta Psychiatr. Scand., 1995, Vol. 91, pp. 95-102.
- 106- DEPUE R. H., BERNSTEIN L., ROSS R. K., JUDD H. L., HENDERSON B. E.
Hyperemesis gravidarum in relation to estradiol levels, pregnancy outcome, and other maternal factors : A seroepidemiologic study.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1987, Vol. 156, N° 5, pp. 1136-1141.
- 107- DESCARRIES F., CORBEIL C.
La maternité au cœur du féminisme.
in Femmes, le mauvais genre ?, Le Monde diplomatique, Manière de voir 44, Mars-Avril 1999, pp. 90-92.
- 108- DETHIEUX J. B., ABADIE I., GRANDJEAN H., RAYNAUD J. Ph.
Devenir du narcissisme au temps de la maternité.
Devenir, Vol. 11, N° 1, pp. 43-74.
- 109- DEUCHAR N.
Nausea and vomiting in pregnancy : a review of the problem with particular regard to psychological and social aspects.
British J. Obstet. Gynaecol., January 1995, Vol. 102, pp. 6-8.
- 110- DEUTSCH H.
La psychologie des femmes : Etude psychanalytique (Tome second : Maternité).
Paris, P.U.F., 1949, 418 p.
- 111- DEUTSCH H.
La psychologie de la femme en rapport avec ses fonctions de reproduction.
in Féminité mascarade (collectif).
Paris, Ed. du Seuil, coll. Champs freudiens, 1994, pp. 77-95.
- 112- DEUTSCH H.
Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme.
Paris, P.U.F., 1994, 125 p.
- 113- DEUTSCH J. A.
Pregnancy sickness as an adaptation to concealed ovulation.
Riv. Biol., 1994, Vol. 87, N° 2-3, pp. 277-295.
- 114- DEVITT N. F.
Hyperemesis gravidarum : A case report suggesting new concepts and research need.
Fam. Pract Res. J., 1991, Vol. 11, N° 3, pp. 279-282.
- 115- DICKENS C., TRETOWAN W. H.
Cravings and aversions during pregnancy.
J. Psychosom. Res., 1970, Vol. 15, pp. 259-268.
- 116- DIDI-HUBERMAN G.
Les apories du corps manifeste.
Entrevues (Bulletin du GREPSY), N° 8, 1984, pp. 53-59.

- 117- DIECKMANN W. J.
The geographic distribution and effect of climate on eclampsia, toxemia of pregnancy, hyperemesis gravidarum, and abruptio placentae.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1938, Vol. 36, pp. 623-631.
- 118- DOLERIS J. A.
Intervention après la communication de Le Damany : Les vomissements incoercibles au début de la grossesse, séance du 16 avril 1896 de la Sté Obstétricale et Gynécologique de Paris.
Annales de Gyn. et d'Obst., 1896, Vol. 45, pp. 401-402.
- 119- DOLTO C.
Hystérie et psychosomatique.
in L'image inconsciente du corps.
Paris, Seuil, coll. Points Essais, 1984, pp. 352-366.
- 120- DOLTO C.
Pathologie de l'image du corps dans la phase de latence (après un oedipe pourtant résolu à temps).
in L'image inconsciente du corps.
Paris, Seuil, coll. Points Essais, 1984, pp. 328-351.
- 121- DOLTO F.
Sexualité féminine.
Paris, Ed. Gallimard, coll. folio essais, 1996, 598 p.
- 122- DOOLEY L.
Psychoanalysis of Charlotte Brontë, as a type of the woman of genius.
Am. J. psychol., 1920, Vol. 31, pp. 221-272.
- 123- DUCATEZ C., PÉRISSOL C., TOUBIN R. M.
Vomissements incoercibles : « Tu peux m'appeler maman ».
Cahiers de l'AFREE, 1996, N° 10, pp. 35-43.
- 124- DUFOUR P., BORUCHOWICZ A., SUBTIL D., GUILLEMOT F., VINATIER D., PARIS J. C., PUECH F.
Maladies de l'appareil digestif et grossesse (excepté la pathologie hépatobiliaire).
E. M. C. (Elsevier, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-045-C-10, 1997, 10 p.
- 125- DUGNAT M., ROURE M.-Th.
Collaboration entre les psys et les équipes obstétricales.
in Psychiatrie périnatale : Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie, sous la direction de P. Mazet, S. Lebovici.
Paris, P.U.F., 1998, pp. 247-260
- 126- DURAND B.
Dépression et maternité.
Ed. PIL et ARDIX, 1994, 59 p.
- 127- EDELMAN N.
Les métamorphoses de l'hystérique : Du début du XIX^{ème} siècle à la Grande Guerre.
Paris, Ed. La Découverte, coll. L'espace de l'histoire, 2003, 346 p.
- 128- EINARSON A., KOREN G., BERGMAN U.
Nausea and vomiting in pregnancy : A comparative european study.
Eur. J. Obstet. Gynec. Reprod. Biol., 1998, Vol. 71, N° 1, pp. 1-3.

- 129- EL-HAGE W., DARVES-BORNOZ J. -M.
Anorexiques et boulimiques.
in *Problématique féminine en psychiatrie*, sous la direction de J. -M Darves-Bornoz.
Paris, Ed. Masson, 2000, pp. 130-138.
- 130- EL-MALAKH R. S., LIEBOWITZ N. R., HALE M. S.
Hyperemesis gravidarum as a conversion disorder.
J. Nerv. Ment. Dis., 1990, Vol. 178, pp. 655-659.
- 131- EL YOUNIS C. M., ABULAFIA O., SHERER D. M.
Rapid marked response of severe hyperemesis gravidarum to oral erythromycin.
Am. J. Perinatol., 1998, Vol. 15, N° 9, pp. 533-534.
- 132- ERICK M.
Battling morning (noon and night) sickness : new approaches for treating an age-old problem.
J. Am. Diet. Assoc., 1994, Vol. 94, N° 2, pp. 147-148.
- 133- ERICK M.
Hyperolfaction and hyperemesis gravidarum : what is the relationship ?
Nutr. Rev., Oct. 1995, Vol. 53, N° 10, pp. 289-295.
- 134- ERICK M.
No more morning sickness : A survival guide for pregnant woman.
New York, Penguin Books, 1993, 205 p.
- 135- ESCANDE M.
L'hystérie aujourd'hui : de la clinique à la psychothérapie.
Paris, Ed. Masson, 1997, 214 p.
- 136- ESCANDE M., GOMEZ-SENOUSSI E.
La personnalité hystérique (histrionique).
in *Les troubles de la personnalité*, sous la direction d'A. Féline, J.-D. Guelfi, P. Hardy.
Ed. Médecines-Sciences Flammarion, Paris, 2002, pp. 198-209.
- 137- FAIBURN C. G.
Eating habits and eating disorders during pregnancy.
Psychosom. Med., 1992, Vol. 54, pp. 665-672.
- 138- FAIBURN C. G.
The impact of pregnancy on eating habits and attitude to shape and weight.
Int. J. Eating Disorders, 1990, Vol. 2, pp. 153-160.
- 139- FAIRWEATHER D. V. I.
Mechanisms and treatment of nausea and vomiting in pregnancy.
in *Nausea and vomiting : Mecanisms and treatment*.
Springer-Verlag Berlin Heidelberg, Ed. by C. J. Davis, G. V. Lake-Bakaar and D. G. Gerahame-Smith, 1986, pp. 151-159.
- 140- FAIRWEATHER D. V. I.
Nausea and vomiting during pregnancy.
Obstet. Gynecol. Ann., 1978, Vol. 7, pp. 91-105.
- 141- FAIRWEATHER D. V. I.
Nausea and vomiting in pregnancy.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1968, Vol. 102, N° 1, pp. 135-175.

- 142- FARKAS G., FARKAS G. Jr.
Psychogenic etiology of hyperemesis gravidarum.
in Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology, 3rd Int. Congr., London, 1971.
Ed. Morris N., Basel, Karger, 1972, pp. 175-177.
- 143- FAURE-PRAGIER S.
Que reste-t-il de leurs amours ? Séparation mère-fille et conception.
Revue Française de Psychanalyse, Tome LXV, P.U.F, 2001, pp. 409-424.
- 144- FAURIE B., MAZET P.
Aspects psychologiques de la grossesse.
in Pathologies maternelles et grossesse, sous la direction de B. Wechsler, J. Janse-Marec, J. C. Péchère.
Paris, Ed. MEDSI / Mc Grawhill, 1988, pp. 590-597.
- 145- FERENCZI S.
Phénomènes de matérialisation hystérique (un essai d'explication de la conversion et du symbolisme hystériques).
in Psychanalyse III (1919-1926).
Paris, Ed. Payot, coll. « Sciences de l'Homme », 1974, pp. 53-65.
- 146- FERRARI P., BOTBOL M., SIBERTIN-BLANC D., PAYANT C., LACHAL C., PRESME N., FERMANIAN J., BURSZTEJN C.
Etude épidémiologique sur la dépression maternelle comme facteur de risque dans la survenue d'une psychose infantile précoce.
Psychiatrie de l'enfant, 1991, Vol. XXXIV, N° 1, pp. 35-97.
- 147- FERREIRA A.
Emotional factors in the prenatal environment.
in Médecine psychosomatique et maternité (1er Congrès International de Médecine psychosomatique et Maternité, Paris, 8-12 Juillet 1962), sous la direction de L. Chertok.
Paris, Gauthier-Villard, 1965.
- 148- FIEUX G.
La sérothérapie appliquée au traitement des vomissements graves de la gestation.
Ann. Gyn., 1912, Vol. LXIX, pp. 718-725.
- 149- FINCH J. W.
The nausea, and vomiting of pregnancy due to allergic reaction – a study of 192 cases.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1940, Vol. 40, p.1029.
- 150- FITZGERALD C. M.
Nausea and vomiting in pregnancy.
British Journal of Medical Psychology, 1984, Vol. 57, pp. 159-165.
- 151- FITZGERALD J. A.
Death of elderly primigravida in early pregnancy: Charlotte Brontë.
N. Y. State J. Med., 1979, Vol. 79, pp. 796-799.
- 152- FITZGERALD J. E., WEBSTER A.
Hyperemesis gravidarum : A clinical study of 396 cases.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1938, Vol. 36, N° 460, pp. 460-467.
- 153- FOUCAULT M.
Histoire de la folie à l'âge classique.
Paris, Ed. Gallimard, 1972, 583 p.

- 154- FRANKO D. L., WALTON B. E.
Pregnancy and eating disorders : A review and clinical implications.
International J. Eat. Disorders, 1993, Vol. 13, N° 1, pp. 41-48.
- 155- FREEMAN J. J., ALTIERI R. H., BAPTISTE H. J., KUO T., CRITTENDEN S., FOGARTY K., MOULTRIF M., CORNEY E., KANEGIS K.
Evaluation and management of sialorrhea of pregnancy with concomitant hyperemesis.
J. National Med. Assoc., Sep. 1994, Vol. 86, N° 9, pp. 704-708.
- 156- FREJAVILLE A.
Le petit enfant comme objet phobogène.
Psy. Fr., 1991, N° 3, pp. 19-27.
- 157- FREUD S.
Charcot.
in Résultats, Idées, Problèmes.
Paris, P.U.F., 1984, pp. 61-73.
- 158- FREUD S.
La féminité (1916).
in Nouvelles conférences d'introduction à la psychanalyse.
Paris, Gallimard, 1984, pp. 150-181.
- 159- FREUD S.
La première théorie des névroses.
Paris, P.U.F., coll. Quadrige, 1997, 186 p.
- 160- FREUD S.
Les recherches sexuelles infantiles (1915).
in Trois essais sur la théorie sexuelle.
Paris, Gallimard, coll. folio essais, pp. 123-140.
- 161- FREUD S.
L'interprétation des rêves.
Paris, P.U.F., 1967 (Nouvelle édition), 573 p.
- 162- FRIGO P., LANG C., REISENBERGER K., KOLBL H., HIRSCHL A. M.
Hyperemesis gravidarum associated with helicobacter pylori seropositivity.
Obstet. Gynecol., 1998, Vol. 91, N° 4, pp. 615-617.
- 163- FUCHS K., PALDI E., ABRAMOVIA H., PERETZ B. A.
Treatment of hyperemesis gravidarum by hypnosis.
Int. J. Clin. Exp. Hypn., 1980, Vol. 28, N° 4, pp. 313-323.
- 164- GADSBY R., BARNIE-ADSHEAD A. M., JAGGER C.
A prospective study of nausea and vomiting during pregnancy.
British Journal of General Practice, 1993, Vol. 43, pp. 245-248.
- 165- GAUBERT P., DUFOUR P., SUBTIL D., VALAT A. S., PUECH F.
Vomissements gravidiques incoercibles : à propos d'une observation et revue de la littérature.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1997, Vol. 92, N° 6, pp. 407-409.

166- GAUTHIER Y.

Du projet d'enfant aux premières semaines de vie. Perspectives psychanalytiques.
in *Psychiatrie périnatale : Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie*, sous la direction de P. Mazet, S. Lebovici.
Paris, P.U.F., 1998, pp. 39-60.

167- GAUTHIER Y.

Facteurs de protection dans la transmission de l'attachement.
in *Devenir père, devenir mère*, sous la direction de M. Dugnat.
Ramonville Saint-Agne, Ed. Erès, 1999, pp. 54-64.

168- GAUTHIER Y.

Les signes d'alarme périnataux sont-ils prédictifs ?
Les cahiers de l'AFREE, N° 16, 2001, pp. 99-102.

169- GELLE M. P., HERAUD F., DUTHOIT M. F.

L'évolution des résultats thérapeutiques en matière de vomissements graves de la grossesse.
Bull. Féd. Société Gynécologie et d'Obstétrique, 1963, Tome 15, N° 2, pp. 388-389.

170- GEORGEAS J., GIAKOUMAKI E., GEORGOULIAS N., KOUMANDAKIS E., KASKARELIS D.

Psychosocial stress and its relation to obstetrical complications.
Psychother. Psychosom., 1984, Vol. 41, pp. 200-206.

171- GERAULT P.

Le concept de l'isolement thérapeutique.
Thèse Médecine, Paris, 1986, 76 p.

172- GIORLANDO S. W., MASCOLA R. F.

The treatment of hyperemesis with hypnotherapy.
Am. J. Obstet. Gynec., 1957, Vol. 73, pp. 444-447.

173- GLASS JONQUIL S.

"My mouth tastes like sand".
Midwifery Today, 1995, N° 35, p. 14.

174- GODART N., FLAMENT M., JEAMMET P.

Comorbidité des troubles des conduites alimentaires et des troubles anxieux.
Perspectives Psy, 1996, Vol. 35, N° 4, pp. 298-304.

175- GODET P. F., ROBERT E.

Vomissements de la grossesse, neuroleptiques, antiémétiques et malformations.
Semaine Hôpitaux de Paris, 1993, Vol. 69, N° 28, pp. 845-852.

176- GODFROID I. O.

La psychiatrie de la femme.
Paris, P.U.F., coll. « Médecine et Société », 1999, 125 p.

177- GODSEY R. K., NEWMAN R. B.

Hyperemesis gravidarum : a comparison of single and multiple admissions.
J. Reprod. Med., 1991, Vol. 36, pp. 287-290.

178- GOLASZEWSKI T. M., FRIGO P., SCHALLER A.

Treatment of hyperemesis gravidarum by electrical stimulation of the vestibular system (letter).
Am. J. Obstet. Gynecol., 1994, Vol. 171, N° 2, p. 577.

- 179- GOLSE B.
Psychopathologie dans la périnatalité.
Nervure, 2000, Tome XIII, N° 3, pp. 25-31.
- 180- GOLSE B.
Psychopathologie périnatale : définition du champ théorico-clinique.
in Monographie de psychopathologie, sous la direction de M. Bydlowski, D. Candilis-Huisman.
Paris, P.U.F., 1998, pp. 7-21.
- 181- GOODLIN R. C.
Pregnant women with Münchausen's syndrom.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1985, Vol. 153, p. 207.
- 182- GOODWIN T. M.
Hyperemesis gravidarum : a review.
Clin. Obstet. Gynecol., 1998, Vol. 41, N° 3, pp. 597-605.
- 183- GOODWIN T. M., MONTORO M., MESTMAN J. H.
Transient hyperthyroidism and hyperemesis gravidarum : Clinical aspects.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1992, Vol. 167, N° 3, pp.648-652.
- 184- GOODWIN T. M., MONTORO M., MESTMAN J. H., PEKARY A. E., HERSHMAN J. M.
The role of chorionic gonadotropin in transient hyperthyroidism of hyperemesis gravidarum.
J. Clin. Endocrin. Metabol., 1992, Vol. 75, N° 5, pp. 1333-1337.
- 185- GRANOFF W.
L'inquiétante étrangeté.
in La pensée et le féminin.
Paris, Ed. de Minuit, 1976, pp. 268-287.
- 186- GROSS S., LIBRACH C., CECUTTI A.
Maternal weight loss associated with hyperemesis gravidarum : A predictor of foetal outcome.
Am. J. Obstet. Gynecol., Apr. 1989, Vol. 160, N° 4, pp. 906-909.
- 187- GROULT B.
Le féminisme au masculin.
Paris, Ed. Denoël / Gonthier, 1977, 196 p.
- 188- GUEDENEY A., BUNGENER C., WIDLÖCHER D.
Le post-partum blues : une revue critique de la littérature.
Psychiatrie de l'enfant, 1993, Vol. XXXVI, N° 1, pp. 329-354.
- 189- GUENIOT A.
Les vomissements incoercibles pendant la grossesse.
Thèse d'Agrégation, Paris, Ed. Martinet, 1863.
- 190- GUILLAUMONT C., DELAHOUSSE J.
Particularité de la psychiatrie de liaison en obstétrique.
Ann. Médico-Psychol., 1991, Vol.149, N° 3, pp. 281-285.
- 191- GUZE S. B., ALLEN D. H., GROLLMUS J. J.
The prevalence of hyperemesis gravidarum : A study of 162 psychiatric and 98 medical patients.
Am. J. Obstet. Gyn., 1962, N° 84, pp. 1859-1864.

- 192- GUZE S. B., DELONG W. B., MAJERUS P. W., ROBINS E.
Association of clinical psychiatric disease with hyperemesis gravidarum.
N. Engl. Med. J., 1959, Vol. 261, pp. 1363-1368.
- 193- HALLAK M., TSALAMANDRIS K., DOMBROWSKI M. P., ISADA N. B., PRYDE P. G., EVANS M. I.
Hyperemesis gravidarum. Effects on fetal outcome.
J. Reprod. Med., 1996, Vol. 41, N° 11, pp. 871-874.
- 194- HARTMANN A.
Phénoménologie et médecine psychosomatique : Le cas des « vomissements incoercibles ».
Thèse Médecine, Nancy, 1955, 140 p.
- 195- HARTMANN J.
Les vomissements pernecieux de la grossesse et leur traitement.
Revue Médicale de Nancy, Mars 1955, (76^{ème} année) Tome LXXX, pp. 215-223.
- 196- HARVEY W. A., SHERFEY M. J.
Vomiting in pregnancy : A psychiatric study.
Psychosomatic Medecine, 1954, Vol. 16, N° 1, pp. 1-9.
- 197- HAVERCROFT B.
Femmes (Littérature des femmes).
in Le dictionnaire du Littéraire, sous la direction de P. Aron, D. Saint-Jacques, A. Viala.
Paris, P.U.F., 2002, pp. 222-224.
- 198- HAYNAL A., PASINI W.
Nausées et vomissements gravidiques.
in Abrégé de Médecine Psychosomatique.
Paris, Ed. Masson, coll. Abrégé, 1984, (chap.15 : Aspects psychosomatiques en obstétrique), pp. 228-238.
- 199- HEIM A., BENASSOULI P., HEIM N., PHILIPPE H. J.
Troubles psychiatriques et grossesse.
E. M. C., Gynécologie/Obstétrique, 5-046-A-10, Psychiatrie, 37-660-A-10, 1995, 6 p.
- 200- HENKER D. O.
Psychotherapie as adjunct treatment of vomiting during pregnancy.
Sth. Med. J.,1976, Vol. 69, pp. 1585.
- 201- HOD M., ORVIETO R., KAPLAN B., FRIEDMAN S., OVADIA J.
Hyperemesis gravidarum : a review .
J. Reprod. Med., Aug. 1994, Vol. 39, N° 8, pp. 605-612 .
- 202- HOOK E. B.
Dietary cravings and aversions during pregnancy.
Am. J. Clin. Nutrition, 1978, Vol. 31, pp. 1355-1362.
- 203- HSU C. D.
Fetal sex and severe hyperemesis gravidarum.
Int. J. Gynaecol. Obstet., 1993, Vol. 40, N° 1, pp. 63-64.
- 204- HSU J., CLARCK-GLENA R., NELSON D., KIM C.
Nasogastric enteral feeding in the management of hyperemesis gravidarum.
Obstet. Gynecol.,1996, Vol. 88, pp. 343-346.

- 205- HUGUES W. L., MARTIN A. C.
Treatment of hyperemesis gravidarum with intramuscular injection of husband's blood.
Am. J. Obst. Gynecol., 1942, Vol. 44, N° 103, pp. 776-788.
- 206- HURST A. F.
The hysterical nature of so-called pernicious vomiting of pregnancy.
Lancet, March 18, 1922, pp. 528-529.
- 207- IANCU I., KOTLER M., SPIVAK B., RADWAN M., WEIZMANN A.
Psychiatric aspects of hyperemesis gravidarum.
Psychother. Psychosom., 1994, Vol. 61, pp. 143-149.
- 208- IATRAKIS G. M. , SAKELLAROPOULOS G. G. , KOURKOUBAS A. H., KABOUNIAS.E.
Vomiting and nausea in the first 12 weeks of pregnancy.
Psychother. Psychosom., 1988, Vol. 49, N° 1, pp. 22-24.
- 209- ISRAËL L.
Devenir mère, c'est perdre la féminité.
in La jouissance de l'hystérique.
Paris, Ed. Arcanes, coll. Points Essais, 1996, pp. 209-225.
- 210- JACKSON D.
La sagesse des mères : Secrets et traditions de la grossesse, de la naissance et de la maternité.
Paris, Seuil, 2000, 143 p.
- 211- JARNFELT-SAMSIOE A.
Nausea and vomiting in pregnancy : a review.
Obstet. Gynecol. Surv., 1987, Vol. 41, N° 7, pp. 422-427.
- 212- JEAMMET P.
Contrat et contraintes : Dimension psychologique de l'hospitalisation dans le traitement de l'anorexie mentale.
Psychologie Française, 1984, N° 29-2., pp. 137-143.
- 213- JORDAN V., McDONALD J., CRICHTON S., STONE P., FORD H.
The incidence of hyperemesis gravidarum is increased among Pacific Islanders living in Wellington.
New Zealand Med. J., Aug. 25, 1995, Vol. 108, N° 1006, pp. 342-344.
- 214- JOUHET P., PORRET P.
Une grossesse dans un corps à jeter : création d'un espace thérapeutique en service de maternité à propos des vomissements incoercibles d'une femme enceinte.
Contracept. Fert. Sex., 1991, Vol. 19, N° 5, pp. 421-425.
- 215- KALIR A.
Les enfants sont-ils désirés ? Etude des attitudes des mères au début de la grossesse.
in L'enfant dans sa famille : Le développement en péril, sous la direction de E. J. Anthony et C. Chiland.
Paris, P.U.F., 1992, pp. 113-123.
- 216- KANAYAMA N., KHATUN S., BELAYET H. M., YAMASHITA M., YONEZAWA M., KOBAYASHI T., TERAO T.
Vasospasms of cerebral arteries in hyperemesis gravidarum.
Gyn. Obstet. Invest., 1998, Vol. 46, N° 2, pp. 139-141.
- 217- KATON W. J., RIES R. K., BOKAN J. A., KLEINMAN A.
Hyperemesis gravidarum : A biopsychosocial perspective.
Int. J. Psychiatry Med., 1980-81, Vol. 10, N°2, pp. 151-162.

- 218- KAWARABAYASHI T., TUTSUMI S.
Analysis of relationship between personality and emesis gravidarum in pregnant women (synopsis).
Acta Obstet. Gynaecol. Japonica, Vol. 47, N° 6, pp. 547-552.
- 219- KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DECOBERT S.
La faim et le corps.
Paris, P.U.F., coll. Le fil rouge, 1972, 301 p.
- 220- KITAMURA T., SUGAWARA M., SUGAWARA K., TODA M. A., SHIMA S.
Psychosocial study of depression in early pregnancy.
British J. Psychiatry, 1996, Vol. 168, pp. 732-738.
- 221- KLAUS P.
Searching for underlying causes.
Midwifery-Today-Childbirth-Educ., 1995, N° 35, p. 15.
- 222- KLEBANOFF M. A., KOSLOWE P. A., KASLOW R., RHOADS G. G.
Epidemiology of vomiting in early pregnancy.
Obst. Gynaecol., 1985, Vol. 66, pp. 612-616.
- 223- KNIBIEHLER Y.
Corps et coeurs.
in Histoire des femmes en Occident – Tome IV : Le XIX^e siècle, sous la direction de G. Fraisse, M. Perrot.
Paris, Ed. Plon, coll. Tempus, 2002 , pp. 391-437.
- 224- KNIBIEHLER Y.
Histoire des mères et de la maternité.
Paris, P.U.F., coll. Que sais-je?, 2000, 127 p.
- 225- KNIBIEHLER Y., FOUQUET C.
La femme et les médecins.
Paris, Ed. Hachette, 1983, 333 p.
- 226- KROGER W. S., DELEE S. T.
The psychosomatic treatment of hyperemesis gravidarum by hypnosis.
Am. J. Obst. Gynecol., 1946, Vol. 51, pp. 544-552.
- 227- LACEY H., SMITH G.
Bulimia nervosa : The impact of pregnancy on mother and baby.
British J. Psychiatry, 1987, Vol. 150, pp. 777-781.
- 228- LAFERLA J. J.
Psychologic and behavioral factors in hyperemesis gravidarum (letter).
Am. J. Obstet. Gynecol., 1988, Vol. 159, N° 2, pp. 532-3.
- 229- LANOUZIERE J.
Hystérie et féminité.
in Problématiques de l'hystérie, sous la direction de J. André, J. Lanouziere, F. Richard.
Paris, Ed. Dunod, 1999, pp. 123-206.
- 230- LANTUEJOUL P.
Vomissements graves et psychothérapie.
Leçons du Jeudi Soir à la Clinique Tarnier, 1924, pp. 38-55.

- 231- LANVIN M.
 Traitement des vomissements gravidiques en pratique courante.
 Gynécologie pratique, 1967, N° 3, pp. 297-302.
- 232- LASSÈGUE E. -C.
 De l'anorexie hystérique.
 Arch. Gén. Méd., 1873, Vol. 21, p. 835.
- 233- LAUKARAN V. H., VAN DEN BERG B. J.
 The relationship of maternal attitude to pregnancy outcomes and obstetric complications : a cohort study of unwanted pregnancy.
 Am. J. Obstet. Gynecol., 1980, Vol. 136, N° 3, pp. 374-379.
- 234- LAURAS A., WIDLÖCHER D.
 Le praticien face à l'hystérie dans la conduite du traitement.
 La Revue du praticien, 1964, Tome XIV, N° 11, pp. 1493-1504.
- 235- LEOVICI S.
 De la psychopathologie du bébé à la psychiatrie périnatale.
 in L'arbre de vie : Eléments de la psychopathologie du bébé, sous la direction de S. Lebovici.
 Ramonville Saint-Agne, Ed. Erès, 1998, pp. 43-49.
- 236- LEOVICI S.
 Les interactions fantasmatiques.
 in L'arbre de vie : Eléments de la psychopathologie du bébé, sous la direction de S. Lebovici.
 Ramonville Saint-Agne, Ed. Erès, 1998, pp. 71-83.
- 237- LEOVICI S.
 Relations fœto-maternelles.
 E. M. C. (Elsevier, Paris), Gynécologie / Obstétrique, 5-006-C-50, 1996, 4 p.
- 238- LEOVICI S., MAZET P.
 Facteurs de risque et thérapeutique de la dépression du post-partum.
 in Psychiatrie périnatale : Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie, sous la direction de P. Mazet, S. Lebovici.
 Paris, P.U.F., 1998, pp. 347-348.
- 239- LECHARTIER-ATLAN C.
 La grossesse "mère" de toutes les séparations.
 Rev. Franç. Psychanal., 2001, Vol. 2, pp. 437-449.
- 240- LE GUEN A.
 De mère en filles : Imagos de la féminité.
 Paris, P.U.F., coll. Epîtres, 2001, 124 p.
- 241- LE LIRZIN R.
 Grossesse et langage du corps.
 Bull. Offic. Soc. Fr. de Psycho-Prophyl. Obstét., 1990, N° 123, pp. 21-22.
- 242- LEMOINE-LUCCIONI E.
 Grossesse et féminité.
 in Partage des femmes.
 Paris, Ed. du Seuil, coll. Points, 1976, pp. 31-75.

243- LEMPERIERE T.

Hystérie.

in Précis de psychiatrie, sous la direction de C. Koupernik, H. Loo, E. Zarifian.
Paris, Ed. Flammarion-Médecines-Sciences, 1982, pp. 191-197.

244- LEMPERIERE T., ROUILLON F., LEPINE J. P.

Troubles psychiques liés à la puerpéralité.

E. M. C., Psychiatrie, 37660 A, 7-1984, 12 p.

245- LENNANE K. J., LENNANE J.

Alleged psychogenic disorders in women : A possible manifestation of sexual prejudice.
New England Journal of Medicine, 1973, Vol. 288, N° 6, pp. 288-292.

246- LETROU M. L.

Nausées et vomissements gravidiques.

in Attendre un enfant : désirs et représentations, sous la direction de J. Dayan.
Ramonville Saint-Agne, Ed. Erès, coll. Spirale, N° 6, 1997, pp. 79-85.

247- LEVEN R.

Les vomissements de la grossesse : leur guérison même dans les formes les plus graves.
Gazette des hôpitaux, 1948, N° 37, pp. 453-456.

248- LEVINE P. J. M., SMITH D., KORI S. H., ELLENBERGER C.

Wernicke's encephalopathy : a predictable complication of hyperemesis gravidarum.
Obstet. Gynecol., 1983, Vol. 62 (suppl.), pp. 13-55.

249- LEYLEK O. A., CETIN A., TOYAKSI M., ERSELCAN T.

Hyperthyroidism in hyperemesis gravidarum.

Int. J. Gynaecol. Obstet., 1996, Vol. 55, N° 1, pp. 33-37.

250- LINGAM R., Mc CLUSKEY S.

Eating disorders associated with hyperemesis gravidarum.

J. Psychosom. Res., March 1996, Vol. 40, N° 3, pp. 231-234.

251- LIPS H. M.

A longitudinal study of the reporting of emotional and somatic symptoms during and after pregnancy.
Soc. Sc. Med, 1985, Vol. 21, N° 6, pp. 631-640.

252- LIPS H. M.

Somatic and emotionnal aspect of pregnancy : the first five months.

Am. J. Obst. Gynaec., 1982, Vol. 142, pp. 524-529.

253- LITTLE R. E., HOOK E. B.

Maternal alcohol and tobacco consumption and their association with nausea and vomiting during pregnancy.

Acta Obstet. Gynaecol. Scand., 1979, Vol. 58, pp. 15-17.

254- LONG M., SIMON S., TUCHER J.

Outpatient treatment of hyperemesis gravidarum with stimulus control and imagery procedures.

J. Behav. Ther. Exp. Psychiatr., 1986, Vol. 17, pp. 105-109.

255- LUB-MOSS M. M., EURELINGS-BONTEKOE E. H.

Clinical experience with patients suffering from hyperemesis gravidarum (severe nausea and vomiting during pregnancy) : thoughts about subtyping of patients, treatment, and counseling models.

Patient Ed. Couns., May 1997, Vol. 31, N° 1, pp. 65-75.

- 256- MACY C.
Psychological factors in nausea and vomiting in pregnancy : a review.
Journal of Reproductive and Infant Psychology, 1986, N° 4, pp. 23-55.
- 257- MAGGIONI C., COMBE C.
Anorexie et boulimie.
in *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*, sous la direction de S. Mimoun.
Paris, Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1999, pp. 89-97.
- 258- MAJERUS P. W. , GUZE S. B. ,DELONG W. B.
Psychologic factors and psychiatric disease in hyperemesis gravidarum : a follow-up study of 69 vomiters and 66 controls.
Am. J. Psychiatry, 1960, Vol. 117, pp. 421-428.
- 259- MALINAS Y., GOUREVITCH D.
Les vomissements gravidiques selon Soranos d'Ephèse.
Rev. Fr. Gynécologie-Obstétrique, 1991, Vol. 86, N° 3, pp. 249-254.
- 260- MANNONI M.
Elles ne savent pas ce qu'elles disent.
Paris, Ed. Denoël, coll. L'espace analytique, 1998, 188 p.
- 261- MANZANO J.
De la psychopathologie du post-partum à la psychopathologie du pré-partum.
in *Psychiatrie périnatale : Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie*, sous la direction de P. Mazet, S. Lebovici.
Paris, P.U.F., 1998, pp. 131-138.
- 262- MANZANO J., RIGHETTI-VELTEMA M., CONNE-PERREARD E.
Le syndrome de dépression du pré-partum, un nouveau concept. Résultats d'une recherche sur les signes précurseurs de la dépression du post-partum.
in *Les relations précoces parents-enfants et leurs troubles*, sous la direction de J. Manzano.
Chêne-Bourg, Ed. Médecine et Hygiène, 1996, pp. 133-142.
- 263- MARBEAU-CLEIRENS B.
Les mères imaginées : Horreur et vénération.
Paris, Société d'édition « Les Belles Lettres », coll. Confluents psychanalytiques, 1988, 313 p.
- 264- MARCOS-SIGAL H.
La signification de la naissance du premier enfant.
Toulouse, Ed. Privat, coll. Sciences de l'homme, 1984, 223 p.
- 265- MARIE-CARDINE M., COLLET B., AUDIARD P.
Troubles psychiatriques de la grossesse et du post-partum.
Rev. Prat., 1991, Vol. 41, N°11, pp. 1017-1023.
- 266- MAZET P., LEOVICI S., SIMONNOT A. L.
Une pratique, un concept.
in *Psychiatrie périnatale : Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie*, sous la direction de P. Mazet, S. Lebovici.
Paris, P.U.F., 1998, pp. 15-19.
- 267- MAZZOTA P., MAGEE L., KOREN G.
Therapeutic abortion due to severe morning sickness. Unacceptable combination.
Can. Fam. Physician, Jun. 1997, Vol. 43, pp. 1055-1057.

- 268- MAYER M., RAIMBAULT E., RAIMBAULT G.
Maternité pathologique et troubles psychosomatiques de l'enfant.
in *Medecine psychosomatique et maternité (1er Congrès International de Médecine psychosomatique et Maternité, Paris, 8-12 Juillet 1962)*, sous la direction de L. Chertok.
Paris, Gauthier-Villard, 1965.
- 269- Mc CAMMMON C. S.
A study of four hundred seventy five pregnancies in american women.
Am. J. Obst. Gynec., 1951, Vol. 61, pp. 1159-1166.
- 270- MEAD M.
L'un et l'autre sexe.
Paris, Ed. Denoël/Gonthier, coll. folio essais, 1966, 440 p.
- 271- MEDALIE J. H.
Relationship between nausea and / or vomiting in early pregnancy and abortion.
Lancet, 1957, Vol. 2, pp. 117-119.
- 272- MENINNGER K. A.
Somatic correlations with the unconscious repudiation of femininity in women.
J. of Nerv. Mental Disorders, 1939, N° 89, pp. 514-527.
- 273- MERGER R., LEVY J.
Pathogénie et traitement de la maladie gravidique précoce (vomissements – ptyalisme gravidiques).
J. Bull. Fed. Soc. Gyn., 1955, Vol. 7, pp. 234-270.
- 274- MERGER R., LEVY J., MELCHIOR J.
Vomissements et ptyalisme de la grossesse (Maladie gravidique précoce).
in *Précis d'obstétrique*.
Paris, Ed. Masson, 1989, pp. 409-413.
- 275- MINTURN L., WEIHER A. N.
The influence of diet on morning sickness : A cross-cultural study.
Medical Anthropology, winter 1984, pp. 71-75.
- 276- MISES R. (sous la direction de)
Vomissements associés à d'autres perturbations psychologiques.
in *Classification Internationale des troubles mentaux et du comportement (Chapitre V de la CIM 10-OMS)*, 1993, Ed. du CTNERHI (Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration), pp. 170-171.
- 277- MISSONNIER S.
Eléments d'obstétrique psychosomatique : enjeux psychologiques et psychopathologiques du post-partum.
Parents, nouveau-né, soignants entre créativité et vulnérabilité.
in *Traité de gynécologie-obstétrique psychosomatique*, sous la direction de S. Mimoun.
Paris, Ed. Flammarion Médecine-Sciences, 1999, pp. 257-271.
- 278- MISSONNIER S.
Mon père m'a accouché : Métamorphoses et initiations périnatales.
Champ Psychosomatique, Juin/septembre 1995, N° 2/3, pp. 73-87.
- 279- MODIGLIANI R., BERNADES P.
Maladies du tube digestif supérieur.
in *Médecine de la femme enceinte*, sous la direction de W. M. Barron, M. D. Lindheimer,
J. M. Davison (Ed. française dirigée par Grünfeld).
Paris, Ed. Flammarion Medecines-Sciences, 1990, pp. 324-325.

280- MOGADAM M.

Perspective as to pathogenesis and management of hyperemesis in pregnancy.
Am. J. Gastroenterol., 1992, Vol. 87, pp. 806-808.

281- MOLENAT F.

Logique des émotions et sentiment continu d'exister.
Spirale, 2001, N° 18, pp. 69-76.

282- MOLENAT F.

Naissances : Pour une éthique de la prévention.
Ramonville Saint-Agne, Ed. Erès, coll. Prévention en maternité (Une manière de penser ensemble),
2001, 134 p.

283- MULLER P., DELLENBACH P., LEVY G.

Etat de choc sévère avec désordres métaboliques gravissimes au 8^e mois d'une grossesse à la suite de vomissements prolongés de type gravidique : Problèmes diagnostiques, thérapeutiques et étiopathogéniques.
Bull. Féd. Société Gynécologie et d'Obstétrique, 1963, Tome 15, N° 2, pp. 290-293.

284- MURPHY P. A.

Alternative therapies for nausea and vomiting of pregnancy.
Obstetrics Gynecology, 1998, Vol. 91, N° 1, pp. 149-155.

285- NADER S., MASTROBATTISTA J.

Recurrent hyperthyroidism in consecutive pregnancies characterized by hyperemesis.
Thyroid, 1996, Vol. 6, N° 5, pp. 465-466.

286- NAUDIER D.

Ecrivaines, deuxième sexe de la littérature.
in Le Monde diplomatique, Manière de voir, Avril-Mai 2003, N° 68, pp. 20-23.

287- NELSON-PIERCY C.

Treatment of nausea and vomiting in pregnancy. When should it be treated and what can be safely taken ?
Drug Saf., 1998, Vol.19, N° 2, pp.155-164.

288- NERI A., LEVAVI H., OVADIA J.

Nausea and vomiting in pregnancy : a review of the problem with particular regard to psychological and social aspect (letter).
Br. J. Obstetr. Gynecol., Aug. 1995, Vol. 102, N° 8, p. 671.

289- NETTER-MUNKELT P., MAU G., KONIG B.

The dimension of neuroticism as a modifying factor in the association between biological conditions and nausea in pregnancy.
J. of Psychosom. Res., 1972, Vol. 16, pp. 395-404.

290- NEWMAN V., FULLERTON J., ANDERSON P.

Clinical advances in the management of severe nausea and vomiting during pregnancy.
J.O.G.N.N., Nov./Dec.1993, Vol. 22, N° 6, pp. 483-490.

291- NOLLET D.

Affections psychiatriques et toxicomanies.
in Pathologies maternelles et Grossesse, sous la direction de B. Wechsler, J. Janse-Marec, J. -C. Pechère.
Paris, Medsi/McGrawhill, 1988, pp. 598-608.

- 292- O'BRIEN B., NABER S.
Nausea and vomiting during pregnancy : effects on the quality of women's lives.
Birth, Sept.1992, Vol. 19, N° 3, pp. 138-143.
- 293- O'BRIEN B., NEWTON N.
Psyche versus soma : historical beliefs about nausea and vomiting during pregnancy.
J. Psychosom. Obstet. Gynaecol., 1991, N° 12, pp. 91-120.
- 294- OLINDO S., SMADJA D., CABRE P., MEDHAOUI H., HEINZLEF O.
Encéphalopathie de Gayet-Wernicke et myélinolyse centropontine induite par des vomissements gravidés.
Rev. Neurol., 1997, Vol. 153, N° 6-7, pp. 427-429.
- 295- PALACI J.
À propos de "Le non-savoir des psy" de L. Chertok.
L'Evolution Psychiatrique, 1982, T. 47, Fasc. 2, pp. 573-585.
- 296- PARQUET J.
Les grossesses à risque psychologique élevé.
Lille médical (3^{ème} série), 1975, Tome XX, N° Spécial, pp. 288-292.
- 297- PASINI W., ROUGE S., MEYLAN J.
Stérilité et infertilité psychosomatique.
in Sexualité et gynécologie psychosomatique, sous la direction de W. Pasini.
Paris, Ed. Masson et Cie, 1974, pp. 131-182.
- 298- PECKHAM C.H.
Observations on sixty cases of hyperemesis gravidarum.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1929, Vol. 17, pp. 776-788.
- 299- PELLAT B.
Salivation.
Encycl. Méd. Chir., Stomatologie et Odontologie, 22008 A⁰⁵, 1992, 5 p.
- 300- PERARD-CUPA D., VALDES L., ABADIE I., PINEIRO M., LAZARTIGUES A.
Bébé imaginé et interactions précoces.
Devenir, 1992, Vol. 4, N° 2, pp. 47-60.
- 301- PERKIN M. R., BLAND J. M., PEACOCK J. L., ANDERSON H. R.
The effect of anxiety and depression during pregnancy on obstetric complications.
Br. J. Obstet. Gynaecol., 1993, Vol. 100, pp. 629-634.
- 302- PETITTI D.
Nausea and pregnancy outcome.
Birth, 1986, N° 13, pp. 223-226.
- 303- PINES D.
L'utilisation inconsciente de son corps par la femme : perspective psychanalytique.
Psychothérapies, 1988, N° 4, pp. 183-192.
- 304- POLA M.
Les contributions psychologiques et psychanalytiques relatives à la grossesse.
in Maternité et grossesse (collectif).
Paris, Ed. P.U.F., Monographies de la Psychiatrie de l'enfant, 1999, pp. 7-20.

- 305- PORRET P., JOUHET P.
Une grossesse dans un corps à rejeter : création d'un espace thérapeutique en service de maternité à propos des vomissements incoercibles de la femme enceinte.
Contracept. Fertil. Sex., 1991, Vol. 19, N° 5, pp. 421-425.
- 306- POULAIN P., GIONO A., PROUDHON J. F., VO VAN J. M., LE BERVET J. Y., GIRAUD J. R.
Vomissements incoercibles de la grossesse.
E. M. C. (Elsevier, Paris), Gynécologie/Obstétrique, 5-003-A-10, 1996, 3 p.
- 307- PURTELL J. J., ROBINS E., COHEN M. E.
Observations on clinical aspects of hysteria : quantitative study in 50 hysteria patients and 156 control subjects.
Jama, 1951, Vol. 146, pp. 902-909.
- 308- RACAMIER P. C.
La maternalité psychotique.
in De psychanalyse en psychiatrie.
Paris, Ed. Payot, 1979, pp. 193-242.
- 309- RAIMBAULT G., ELIACHEFF C.
Les indomptables : Figures de l'anorexie.
Paris, Ed. Odile Jacob, coll. Point, 1989, 280 p.
- 310- RAPHAEL-LEFF J.
Psychothérapie périnatale.
in Des mères et leurs nouveau-nés : recherches et interventions autour de la naissance, sous la direction de Monique Bydlowski.
Issy-les-Moulineaux, Ed. ESF, 2002, pp. 69-79.
- 311- RECH F., LOJODICE S., INDRACCOLO S. R.
The role of chorionic gonadotropin in transient hyperthyroidism in hyperemesis gravidarum.
Minerva Ginecol., 1998, Vol. 50, N° 6, pp. 261-264.
- 312- REMY R., WOLFF F., GILLET J. Y., RITTER M., MULLER P.
Hyperemesis Gravidarum Therapy.
Psychosomatic Medicine in Obstetrics and Gynaecology, 3rd Int. Congr., London, 1971, pp. 169-171.
- 313- REVAULT d'ALLONNES C.
Etre, faire, avoir un enfant.
Paris, Ed. Payot & Rivages, coll. Petite Bibliothèque Payot, 1994, 263 p.
- 314- REVAULT d'ALLONNES C.
Le mal joli : accouchements et douleur.
Paris, Union générale d'éditions, coll. 10/18, 1976, 442 p.
- 315- RHODES P.
Hyperemesis gravidarum.
Practitioner, 1964, Vol. 192, pp. 229-233.
- 316- RICHARD J., FORTINI K., DROZ P.
Les allotriophagies et l'élaboration de la connaissance médicale.
in Confrontations Psychiatriques, 1989, N° 31 : Troubles des conduites alimentaires, pp. 319-334.
- 317- RIGHETTI-VELTEMA M.
Psychopathologie et maternité.
Ann. Med. Psychol., 1986, Vol. 144, N° 9, pp. 987-1008.

318- RIGHETTI-VELTEMA M., MANZANO J.

Le problème de la prévention des troubles psycho-affectifs de la puerpéralité.
Ann. Médico-Psychol., 1991, Vol. 149, N° 3, pp. 275-280.

319- RINGLER M., KRIMANITZ A.

Psychosomatic aspects of hyperemesis gravidarum : perceptual and attitudinal patterns of women during early pregnancy.
Z. Geburtshilfe Perinatol., Sept.-Oct. 1983, Vol. 187, N° 5, pp. 246-249.

320- ROBERT A. L., PASINI W.

Psychologie de l'interruption répétée de grossesse.
in W. Pasini, Sexualité et gynécologie psychosomatique, Paris, Ed. Masson et Cie, 1974, pp. 183-231.

321- ROBIN D.

Symptôme et grossesse : le langage du corps (à propos des vomissements gravidiques et du déni de grossesse).
Bullet. Offic. de la Soc. Fr. de Psycho-Prophylaxie Obstétricale, Oct. Nov. Dec. 1991, N° 127, pp. 7-12.

322- ROMITO P.

La naissance du premier enfant : étude psycho-sociale de l'expérience de la maternité et de la dépression post-partum.
Neuchâtel / Paris, Ed. Delachaux et Niestlé, 1990, 277 p.

323- ROUDIERE J. L.

Vomissements incoercibles de la grossesse révélant un adénocarcinome gastrique à 31 semaines d'aménorrhée.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1997, Vol. 92, N° 6, pp. 410-413.

324- ROUDIERE J. L., CAYOL A., LEVARDON M.

Vomissements incoercibles de la grossesse annonçant une crise aiguë thyrotoxique avec fausse-couche à 14 semaines d'aménorrhée.
Rev. Fr. Gynécol. Obstét., 1997, Vol. 92, N° 3, pp. 199-200.

325- ROUSSEAU P.

Intégrer les signes d'alarme dans une politique de réseau.
Cahier de L'AFREE, N° 16, 2001, pp. 103-107.

326- ROUSSILLON R.

Du baquet de Mesmer au "baquet" de S. Freud.
Paris, P.U.F., 1992, 232 p.

327- SAFARI H. R., FASSETT M. J., SOUTER I. C., ALSULYMAN O. M., GOODWIN T. M.

The efficacy of methylprednisolone in the treatment of hyperemesis gravidarum : a randomized, double-blind controlled study.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1998, Vol. 179, N° 4, pp. 921-924.

328- SAHAKIAN V., ROUSE D., SIPES S., ROSE N., NIEBYL J.

Vitamin B6 is effective therapy for nausea and vomiting of pregnancy : a randomized, double-blind placebo controlled study.
Obstet. and Gynecol., 1991, Vol. 78, pp. 33-36.

329- SAMSIOE G., CRONA N., ENK L., JARNFELT-SAMSIOE A.

Does position and size of corpus luteum have any effect on nausea of pregnancy ?
Obstet. Gynecol. Survey, 1997, Vol. 42, N° 8, pp. 494-495.

- 330- SANDERS S. L., GREENSPOON J. S.
New protocol to manage hyperemesis gravidarum.
J. Am. Diet. Assoc., 1994, Vol. 94, N° 12, pp. 1367-1368.
- 331- SAYERS J.
"La psychologie des femmes : maternité" (à propos de l'oeuvre d'Hélène Deutsch)
in Les mères de la psychanalyse.
Paris, P.U.F., 1995, pp. 75-83.
- 332- SCHNEIDER M.
Mère, terre ouverte.
Etudes Freudiennes, 1991, N°32, pp. 103-125.
- 333- SENARCIENS (de) M., PICOT A.
La primipare infantile.
in Médecine psychosomatique et maternité (1er Congrès International de Médecine psychosomatique et
Maternité, Paris, 8-12 Juillet 1962), sous la direction de L. Chertok.
Paris, Gauthier-Villard, 1965.
- 334- SENDRAL L.
Sur les vomissements gravidiques : Celles qui vomissent, celles qui ne vomissent pas.
Thèse Médecine, Montpellier, N° 14, 1915-1916, 55 p.
- 335- SIGNORELLO L. B., HARLOW B. L., WANG S., ERICK M. A.
Saturated fat intake and the risk of severe hyperemesis gravidarum.
Epidemiology, 1998, Vol. 9, N° 6, pp. 636-640.
- 336- SIMON C.
Anorexie mentale et grossesse.
in Annales Psychiatrie et Neurologie Française (Actes du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie – Point à
Pître), 1993, pp. 421-427.
- 337- SIMON E. P.
Hypnosis in the treatment of hyperemesis gravidarum.
Am. Fam. Physician, 1999, Vol. 60, N°1, pp. 56-61.
- 338- SIMONE S. S., LONG M. A. D.
The behavioral treatment of hyperemesis gravidarum.
Behav. Ther., 1985, Vol. 8, p. 128.
- 339- SIROL F.
La haine de la femme enceinte pour son fœtus.
Devenir, Vol. 11, N° 2, 1999, pp. 25-34.
- 340- SNELL L. H., HAUGHEY B. P., BUCK G., MARECKI M. A.
Metabolic crisis : hyperemesis gravidarum.
J. Perinat. Neonat. Nurs., 1998, Vol. 12, N° 2, pp. 26-37.
- 341- SOLLIER P.
L'hystérie et son traitement.
Paris, Librairie Félix Alcan, 1914, 294 p.
- 342- SOULE M.
La vie du fœtus. Son étude pour comprendre la psychothérapie périnatale et les prémices de la
psychosomatique.
Psychiatrie de l'Enfant, 1999, Tome XLII, Vol. 1, pp. 27-69.

343- SOULE M.

L'enfant dans la tête, l'enfant imaginaire : sa valeur structurante dans les échanges mère-enfant.
in La dynamique du nourrisson.
Paris, Ed. E.S.F., 1982, pp. 136-174.

344- STARKS G. C.

Pregnancy-induced hyperemesis : a reassessment of therapy and proposal of a new etiologic theory.
Missouri Medicine., May 1984, Vol. 81, N° 5, pp. 253-259.

345- STEKEL W.

Clinique de la parapatie anxieuse : Le dégoût et les vomissements des femmes enceintes.
in Les états d'angoisse nerveux et leur traitement.
Paris, Ed. Payot, 1930, (traduction de la 4^{ème} édition allemande - 1^{ère} Ed. : 1908), pp. 175-195.

346- STENGERS I.

La volonté de faire science : à propos de la psychanalyse.
Le Plessis-Robinson, Ed. Synthélabo, coll. Les Empêcheurs de penser en rond, 1992, 84 p.

347- STEWART D. E.

Reproductive functions in eating disorders.
Annals Med., 1992, Vol. 24, pp. 287-291.

348- STEWART D. E., Mc DONALD O. L.

Hyperemesis gravidarum, eating disorders, and pregnancy.
Conference eating disorders and disordered eating. Sydney, Australia, March 1986. Edited by
S.Abraham and D.Llewellyn-Jones. Ashwood House, 1987, pp. 51-55.

349- STEWART D. E., RASKIN J., GARFINKEL P. E., McDONALD O. L., ROBINSON G. E.

Anorexia nervosa, bulimia and pregnancy.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1987, Vol. 157, pp. 1194-1198.

350- STOLERU S.

La vie psychologique de la femme enceinte et sa psychopathologie.
in Cahier N° 28 : Les relations foeto-maternelles, Institut Universitaire des Sciences Psycho-Sociales
et Neurobiologiques, U.E.R. de Medecine de Bobigny, 1984/1985, pp. 2-13.

351- STOLERU S., MORALES M., GRINSHPOUN M. F.

De l'enfant fantasmatisé de la grossesse à l'interaction mère-nourrisson.
Psychiatrie de l'enfant, 1985, Tome XXVIII, N° 2, pp. 441-484.

352- STOLERU S., VANDRELL M.-C., MAGNIN F., SPIRA A.

De l'arrêt de la contraception aux premiers mois postnatals.
in Psychiatrie périnatale: Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie, sous la
direction de P. Mazet, S. Lebovici.
Paris, P.U.F., 1998, pp. 61-74.

353- STOTLAND N. L.

Approches des troubles psychiatriques survenant pendant la grossesse.
in Médecine de la femme enceinte, sous la direction de W. M. Barron, M. D. Lindheimer,
J. M. Davison : (Ed. française dirigée par Grünfeld).
Paris, Ed. Medecines-Sciences Flammarion, 1990, pp. 614-625.

354- SWAIN G.

Du traitement moral aux psychothérapies (Remarques sur la formation de l'idée moderne de psychothérapie
in Dialogue avec l'Insensé.
Paris, Ed. Gallimard, 1994, pp. 237-262.

- 355- SWAIN G.
L'âme, la femme, le sexe et le corps.
in Dialogue avec l'Insensé.
Paris, Ed. Gallimard, 1994, pp. 215-236.
- 356- THALASSINOS M., ROUILLON F., ENGELMANN P., LEMPERIERE T.
Etude des relations entre données gynéco-obstétricales et troubles psychiques de la grossesse et du post-partum.
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 1988, Vol. 17, pp. 879-887.
- 357- THOULON J.-M.
Petits maux de la grossesse.
E. M. C. (Paris-France), Gynécologie/Obstétrique, 5-012-A-20, 1994, 5 p.
- 358- TIERSON F. D., OLSEN C. L., HOOK E. B .
Nausea and vomiting of pregnancy and association with pregnancy outcome.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1986, Vol. 155, pp. 1017-1022.
- 359- TITCHENER BOGEN J.
Neurosis : a MS diagnosis.
Perspectives in Biology and Medecine, Winter 1994, Vol 37, N° 2, pp. 263-274.
- 360- TOREM M. S.
Hypnotherapeutic techniques in the treatment of hyperemesis gravidarum.
Am. J. Clin. Hypn., 1994, Vol. 37, pp.1-11.
- 361- TORRE E., ANCONA M., CAPILUPPI V., PIRONTI A., BENEDETTO C., PICCIONI V.
Psychosomatic assessment in patients with gravidic hyperemesis.
Minerva Psichiatr., 1992, Vol. 33, N° 3, pp. 169-175.
- 362- TORRE M., CACAULT J.
Les vomissements de la grossesse : mise au point clinique et thérapeutique.
Le Concours Médical, 1963, Vol. 85, N°3, pp. 373-377.
- 363- TOURRIS (de) H., MAGNIN G., PIERRE F.
Vomissements gravidiques.
in Gynécologie et Obstétrique.
Paris, Ed. Masson, 2000 (7^{ème} Ed.), pp. 337-339.
- 364- TRETOWAN W. H., DICKENS G.
Appetite disorders in pregnancy.
Psychosomatic Medecine in Obstetrics and Gynaecology, 3rd Int. Congr., London, 1971, pp.126-129.
- 365- TRILLAT E.
Histoire de l'hystérie.
Paris, Ed. Seghers, coll. Médecine et histoire, 1986, 282 p.
- 366- TSANG I. S., KATZ V. L., WELLS S. D.
Maternal and fetal outcomes in hyperemesis gravidarum.
Int. J. Gynaecol. Obstet., 1996, Vol. 55, N° 3, pp. 231-235.
- 367- TSOI P. T., CHIN R. K., CHANGA.M.
Psychogenic factors in hyperemesis gravidarum.
Asia Oceania J. Obstet. Gynaecol., Dec. 1988, Vol.14, N° 4, pp. 457-460.

368- TURENNE A.

Traitement rationnel de la toxémie gravidique précoce et en particulier des vomissements simples de la grossesse.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique, 1904, Vol. 1, pp. 675-685.

369- TYLDEN E.

Hyperemesis and physiological vomiting.

J. Psychosom. Res., 1968, Vol.12, pp. 85-93.

370- UDDENBERG N., NILSSON A., ALMGREN P. E.

Nausea in pregnancy : psychological and psychosomatic aspects.

J. Psychosom. Res., 1971, Vol. 15, pp. 269-276.

371- VALABREGA J. -P.

Phantasme, mythe, corps et sens : une théorie psychanalytique de la connaissance.

Paris, Ed. Payot, 1980, 383 p.

372- VAN DINTER M. C.

Ptyalism in pregnant women.

J.O.G.N.N., May/June 1991, Vol. 20, N° 3, pp. 206-209.

373- VAN STUIJVENBERG M. E., SCHABORT I., LABADARIOS D., NEL J. T.

The nutritional status and treatment of patients with hyperemesis gravidarum.

Am. J. Obstet. Gynecol., 1995, Vol. 172, N° 5, pp. 1585-1591.

374- VELLACOTT I., COOK E.

Nausea and vomiting in early pregnancy.

Int. J. Gynaecol. Obst., 1988, Vol. 27, pp. 57-62.

375- VENISSE J. L., CHUPIN M., SARANTOGLOU Y.

L'anorexie mentale.

Paris, P.U.F., coll. Nodules, 1986, 90 p.

376- VIGNES H.

Vomissements gravidiques.

in Maladies des Femmes Enceintes, Tome 1^{er} (Affections du Tube Digestif), Paris, Ed. Masson & Cie, 1935, pp. 58-110.

377- VINCENT T.

L'indifférence des sexes : Critique psychanalytique de Bourdieu et de l'idée de domination masculine.

Ramonville Saint-Agne, Ed. Erès, coll. « hypothèses », 2002, 126 p.

378- VISIER J. P., MAURY M., LEMAITRE A., RAYMOND M. F.

Pédopsychiatres, pédiatres, obstétriciens travaillent ensemble. Du holding à l'identification.

in Psychiatrie périnatale : Parents et bébés : du projet d'enfant aux premiers mois de vie, sous la direction de Ph. Mazet, S. Lebovici.

Paris, P.U.F., 1998, pp. 261-273.

379- WAJEMAN G.

Le maître et l'hystérique.

Paris, Ed. Navarin / Seuil, Bibliothèque des Analytica, 1982, 286 p.

380- WALKER A. R. P., WALKER B. F., JONES J., VERARDI M., WALKER C.

Nausea and vomiting and dietary cravings and aversions during pregnancy in South African women.

British J. Obstet. Gynecol., 1985, Vol. 92, pp. 484-489.

- 381- WALKOWITZ J.
Sexualités dangereuses.
in *Histoire des femmes en Occident, Tome IV : Le XIXe siècle*, sous la direction de G. Fraisse, M. Perrot.
Paris, Ed. Plon, 2002, pp. 349-478.
- 382- WALLICH V., LEVY-SOLAL E. D.
Vomissements incoercibles.
in *Eléments d'Obstétriques*.
Paris, Ed. Masson (5^{ème} Edition - Librairie de l'Académie de Médecine), 1927, Chap. : Les Maladies Gravidiques Générales, pp. 233-238.
- 383- WALSH J. W., HASLER W. L., NUGENT C. E.
Progesterone and estrogen are potential mediators of gastric slow-wave dysrhythmia in nausea of pregnancy.
Am. J. Physiol., 1996, Vol. 270, pp. 506-514.
- 384- WALTER P., VELLAY P., SAPIR M.
Mise au point thérapeutique : les antihistaminiques de synthèse en obstétrique.
Semaine Hôpitaux Paris, 1949, N° 14 (25^{ème} année), pp. 603-604.
- 385- WEIGEL M. M., WEIGEL R. M.
The association of reproductive history, demographic factors, and alcohol and tobacco consumption with the risk of developing nausea and vomiting in early pregnancy.
Am. J. Epidemio., 1988, Vol. 127, pp. 562-570.
- 386- WEIGEL M. M., WEIGEL R. M.
Nausea and vomiting of earlier pregnancy and pregnancy outcome : an epidemiological study.
British J. Obstet. Gynecol., 1989, Vol. 96, N° 11, pp. 1304-1311.
- 387- WEIGEL R. M., WEIGEL M. M.
Nausea and vomiting of early pregnancy and pregnancy outcome: A meta-analytical review.
British J. Obstet. Gynecol., November 1989, Vol. 96, pp. 1312-1318.
- 388- WEISS G.
The death of Charlotte Brontë.
Obstet. and Gynecol., October 1991, Vol. 78, N° 4, pp. 705-708.
- 389- WHITEHEAD S. A., HOLDEN W. A., ANDREWS P. L. R.
Pregnancy sickness.
in *Mechanisms and Control of Emesis*.
Eds A. L. Bianchi, L. Grélot, A.D. Miller, G.L. King. Colloque INSERM/John Libbey Eurotext Ltd.
1992, Vol. 223, pp. 297-306.
- 390- WINNICOTT D. W.
La haine dans le contre-transfert.
in *De la pédiatrie à la psychanalyse*.
Paris, Ed. Payot, coll. Sciences de l'homme, 1969, pp. 72-82.
- 391- WOLFF-QUENOT M. J.
In utero: Mythes, croyances et cultures.
Paris, Ed. Masson, 2001, 213 p.
- 392- WOLKIND S., ZAJICEK E.
Psycho-social correlates of nausea and vomiting in pregnancy.
Psychosom. Res., 1978, Vol. 22, pp. 51-55.

393- WOOLF V.

Une chambre à soi.

Paris, Ed. Denoël (Ed. Denoël 1977, 1992 pour la traduction française), coll. Bibliothèque 10/18, 171 p.

394- ZAH A.

Le lien fragile : ou la relation corps-psyché dans la menace d'accouchement prématuré.

Psa. Univ., 1988, Vol. 13, N° 52, pp. 645-669.

395- ZECHNICH R., HAMMER T.

Brief psychotherapy for hyperemesis gravidarum.

Am. Fam. Phys., 1982, Vol. 26, pp. 179-181.

396- ZHANG J., CAI W. W.

Severe vomiting during pregnancy : antenatal correlates and fetal outcomes.

Epidemiology, Nov. 1991, Vol. 2, N° 6, pp. 454-457.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p. 18
---------------------	-------

PREAMBULE

La MORT DE CHARLOTTE BRONTË : TUBERCULOSE OU VOMISSEMENTS DE LA GROSSESSE ?	p. 26
--	-------

- La femme, l'écrivain et son époque. p. 27
- Les derniers moments de la vie de Charlotte Brontë. p. 29

1^{ère} PARTIE

LA FEMME ET L'HYGIÉNISME MÉDICAL AU XIX^{ème} SIÈCLE : REGARDS CROISÉS D'HISTORIENS

I- LE XIX^{ème} siècle : entre défiance envers la femme et glorification de la maternité	p. 35
---	-------

- 1) L'aube du XIX^{ème} siècle : la pensée des Lumières et la femme
- 2) Le dogme dominant au cours du XX^{ème} siècle
de l'infériorité biologique de la femme p. 41
 - a) La femme physique.
 - La santé de la femme sous le signe de la faiblesse. p. 41
 - Le corps féminin et la maternité comme destin obligé. p. 43
 - b) La femme morale. p. 45
 - L'infériorisation intellectuelle de la femme. p. 47
 - La sexualité de la femme et la censure morale. p. 48
 - c) La maladie et les femmes p. 54
 - A l'aube du XIX^{ème} siècle : naissance d'une "médecine de l'âme". p. 55

2^{ème} PARTIE

L'HYSTÉRIE ET SES MÉTAMORPHOSES AU XIX^{ème} : du TRAITEMENT MORAL AUX PRÉMISSSES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE.

I- <u>Point de vue général : remarques, réflexions et questions.</u>	p. 65
1) Hystérie "fin de siècle" : levain d'une évolution socio-culturelle.	
2) L'hystérie : entre corps et psychisme.	p. 66
3) Remarques et questions.	p. 69
a)- La volonté de la psychanalyse de faire science.	
b)- La psychanalyse et la question de l'hypnose et de la suggestion.	p. 70
c)- Suggestion, hypnose et vomissements gravidiques.	p. 72
d)- Pour conclure ce chapitre.	p. 72
II- <u>Aspects nosographiques et historiques :</u>	p. 73
<u>l'hystérie au XIX^{ème} siècle.</u>	
1) Individualisation de l'hystérie comme maladie mentale.	
– Entre épilepsie et anorexie : vers la reconnaissance de l'hystérie comme une névrose.	p. 74
– Séparation entre hystérie et anorexie.	p. 74
2) J. M. Charcot et l'hystérie :	p. 77
maladie chronique particulière aux femmes.	
– La récupération de l'hypnose.	p. 80
3) Hystérie : entre imitation et simulation.	p. 81
III- <u>Aspects thérapeutiques :</u>	
<u>Du traitement moral aux prémisses de la psychothérapie.</u>	p. 83
1) La réactivation de l'héritage psychiatrique :	
du traitement moral à la faveur de l'émergence d'une nouvelle problématique des névroses.	
– Bases historiques de la pratique de l'isolement dans l'hystérie.	p. 83
– L'essence psychique des névroses et naissance de la psychothérapie.	p. 85
– Hystérie, hypnose et psychothérapie.	p. 89
– Liébault, Bernheim et l'école de Nancy : évocation d'une gloire passée.	
– Retour au traitement moral comme synthèse.	p. 90

IV- L'hystérie, les premiers psychanalystes et les vomissements de la grossesse : une volonté d'illustration du modèle théorique. p. 94

- 1) Les premiers grands pionniers de la psychanalyse et les vomissements de la grossesse : entre intuition clinique et passion de la théorie. p. 94
- 2) De la mère maléfique à la mauvaise mère. p. 96
- 3) De la femme hystérique à la femme immature. p. 99

3^{ème} PARTIE

UNE ÉTUDE HISTORIQUE DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

I- Approche chronologique p. 102

1) L'antiquité :

- Les vomissements gravidiques selon Soranos d'Ephèse. p. 102
 - La clinique des vomissements gravidiques selon Soranos d'Ephèse.
 - les conceptions physiopathologiques de Soranos.
 - Comment aujourd'hui interpréter la pathologie de Soranos d'Ephèse ?

2) Avant le XIX^{ème} siècle. p. 106

3) Le XIX^{ème} siècle. p. 107

II- Approche thématique. p. 109

1) Mortalité maternelle et hyperemesis gravidarum.

2) L'avortement thérapeutique et les vomissements de la grossesse. p. 111

a)- Origine, historique et développement.

b)- Evolution dans le temps au vu de quelques statistiques. p. 113

3) L'isolement et les vomissements de la grossesse : bases historiques. p. 116

4) Les théories étiologiques : point de vue historique p. 120

a) Les théories soutenant une base réflexe.

b) Les théories à base neuro-psychologique. p. 121

5) Une vision chronologique de l'évolution des théories à base psychologique relatives aux vomissements gravidiques. p. 124

4^{ème} PARTIE

UNE ÉTUDE GÉNÉRALE DES VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

I- <u>Les modifications du comportement alimentaire et les nausées/vomissements pendant de la grossesse</u>	p. 130
II- <u>Les nausées et vomissements gravidiques dans leur forme commune.</u>	p. 133
1) Introduction.	p. 133
2) Description clinique.	p. 134
3) Aspects épidémiologiques.	p. 136
4) Incidence sur la qualité de vie.	p. 138
5) Soubassements physiologiques	p. 139
a)- Le phénomène nauséeux : aspects psychophysiologiques.	
b)- Les bases hormonologiques : Rôle des oestrogènes...	p. 140
c)- Olfaction et grossesse	p.140
6) Hypersialorrhée et grossesse :	p. 141
7) Nausées/vomissements gravidiques : quelle valeur prédictive sur le déroulement de la grossesse ?	p. 143
III- <u>Hyperémèse gravidique et vomissements communs de la grossesse : doivent-ils être considérés séparément ou forment-ils un continuum ?</u>	p. 144
IV- <u>L'hyperémèse gravidique : une description générale.</u>	p. 150
1) Aspects cliniques :	
a)- Critères cliniques diagnostiques.	p. 150
b)- Epidémiologie.	p. 150
c)- Evolution, pronostic.	p. 153
d)- Le problème de la récurrence de vomissements graves au cours d'une même grossesse.	p. 153
e)- Impact sur le déroulement de la grossesse et sur le développement fœtal.	p. 155
2) Hypothèses physiopathologiques.	p. 157
V- <u>Présentation de trois vignettes cliniques.</u>	p. 163

5^{ème} PARTIE

PSYCHIATRIE PÉRINATALE ET VOMISSEMENTS GRAVIDIQUES

Une étude médico-psychologique des vomissements sévères de la grossesse.

I- <u>La psychiatrie périnatale :</u>	
<u>définition, cadre théorique et pratique.</u>	p. 174
1) Le champ théorico-clinique de la psychiatrie périnatale :	
généralités.	p. 174
2) Considérations sur les enjeux pour une collaboration	p. 181
en service de maternité entre gynéco-obstétriciens et psychiatres.	
II- <u>Une esquisse des processus psychiques associés à la grossesse.</u>	p. 183
1) La maternité et ses grands thèmes symboliques.	
2) Les vomissements de la grossesse et la crise psychique	
de la maternité.	p. 184
III- <u>La psychiatrie périnatale et les vomissements gravidiques</u>	p. 190
1) La dimension bio-psyco-sociale des vomissements gravidiques :	
Une étude analytique générale.	
a) Facteurs socio-culturels.	p. 192
b) Facteurs psychiques (facteurs de personnalité, stress...)	p. 192
c) Autres (facteurs somatiques associés..).	p. 196
2) Clinique psychopathologique et vomissements gravidiques.	
– Situation nosographique de l'hyperémèse gravidique	p. 199
– Les grandes catégories psychopathologiques associées :	p. 200
a)- Hystérie et vomissements gravidiques aujourd'hui.	p. 200
b)- Stress, anxiété, dépression.	p. 203
c)- Troubles du comportement alimentaire	p. 205
3) Grossesse et vomissements graves : Quelle répercussion au plan	
psychologique?	p. 207
– Une vignette clinique	p. 208
IV - <u>Interventions psychothérapeutiques et vomissements gravidiques.</u>	
1) Un éventail d'approches psychothérapeutiques :	p. 212
a)- Réflexions générales sur l'approche psychothérapeutique des vomissements	
gravidiques.	p. 213

b)- Les psychothérapies brèves de soutien ou d'inspiration psychanalytique.	
c)- Les psychothérapies comportementales, cognitives et systémiques	p. 214
d)- L'hypnose.	p. 215
V - <u>L'isolement : place actuelle.</u>	p. 223
1) Modernité de l'isolement en général	
a)- Au sujet de l'hystérie.	p. 223
b)- Au sujet de l'anorexie.	p. 225
2) Isolement et les vomissements de la grossesse au jourd'hui.	
a)- Illustration d'une expérience d'isolement (Rémy et coll. [312]).	p. 225
b)- Quelques mots sur la pratique de l'isolement telle qu'elle était en vigueur à la Maternité Régionale de Nancy en 1996.	p. 226
c)- Les tenants de l'isolement :	p. 227
- Les partisans de la "ligne dure".	
- Les partisans modérés de l'isolement.	
d)- Emergence d'une dissidence.	p. 230
e)- Mise au point et discussion	p. 232
VI- <u>Synthèse et prospective :</u>	p. 232
1) Discussion en forme de synthèse sur la causalité psychique des vomissements gravidiques.	
2) Intérêt et place d'un suivi post-natal concernant les grossesses marquées par des vomissements gravidiques sévères.	p. 236
CONCLUSION	p. 238
BIBLIOGRAPHIE	p. 243
TABLE DES MATIÈRES	p. 276





VU

NANCY, le 9 mai 2003

Le Président de Thèse

NANCY, le 14 mai 2003

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur D. SIBERTIN-BLANC

Professeur J. ROLAND

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 16 mai 2003

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Par délégation, le Vice Président du Conseil Scientifique

Professeur P. STEINMETZ

Une ancienne tradition préconise encore la pratique de l'isolement en service de maternité dans les formes graves des vomissements gravidiques.

L'isolement de ces femmes présentant des vomissements de la grossesse dits incoercibles reste cependant peu étudié.

Il est apparu intéressant d'interroger les aspects historiques de cette pratique, afin de mieux en comprendre la permanence dans le temps jusqu'à l'époque contemporaine et ainsi de mieux resituer l'intérêt de cette approche thérapeutique dans la prise en charge globale à l'hôpital de ces patientes atteintes d'une affection sévère de la grossesse.

L'auteur a de fait consacré à son étude, de larges considérations historiques concernant le processus de construction d'un système de représentations autour de la femme, tel qu'il a pu se déployer dans le cours du XIX^{ème} siècle, par une pensée médicale hygiéniste visant à un effort d'appropriation scientifique de l'être et du corps de la femme.

L'auteur pense avoir dégagé l'hypothèse qu'un modèle théorique, celui de l'hystérie, a infiltré durablement la compréhension pathogénique médicale des vomissements graves de la grossesse.

L'isolement pourrait ainsi apparaître comme un des stigmates de cette vision passéiste de la femme rendue vulnérable par le vécu d'une grossesse psychologiquement difficile.

En conclusion de notre étude : l'indication de l'isolement dans cette affection apparaît désormais se définir dans la modernité, comme le fruit d'un travail de "liaison inter-psychique", au sein d'une équipe pluridisciplinaire en service de maternité.

TITRE EN ANGLAIS: ABOUT HYPEREMESIS GRAVIDARUM: HISTORICAL FOUNDATIONS AND MODERNITY OF ISOLATION PRACTICE IN MATERNITY UNIT.

THESE : MÉDECINE SPÉCIALISÉE – ANNÉE 2003

MOTS CLEFS : Vomissements gravidiques – Isolement – Hystérie.

Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cédex
